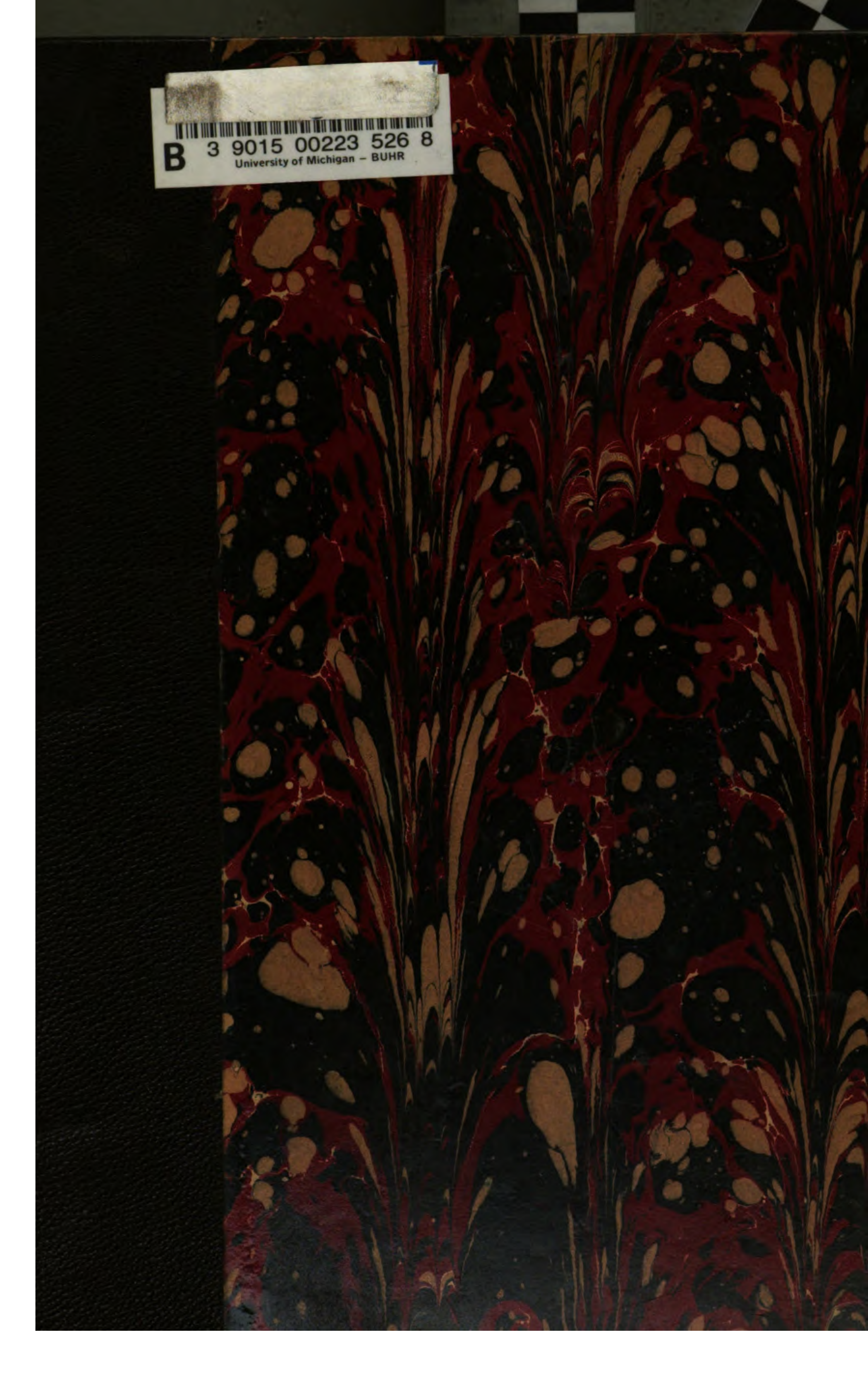
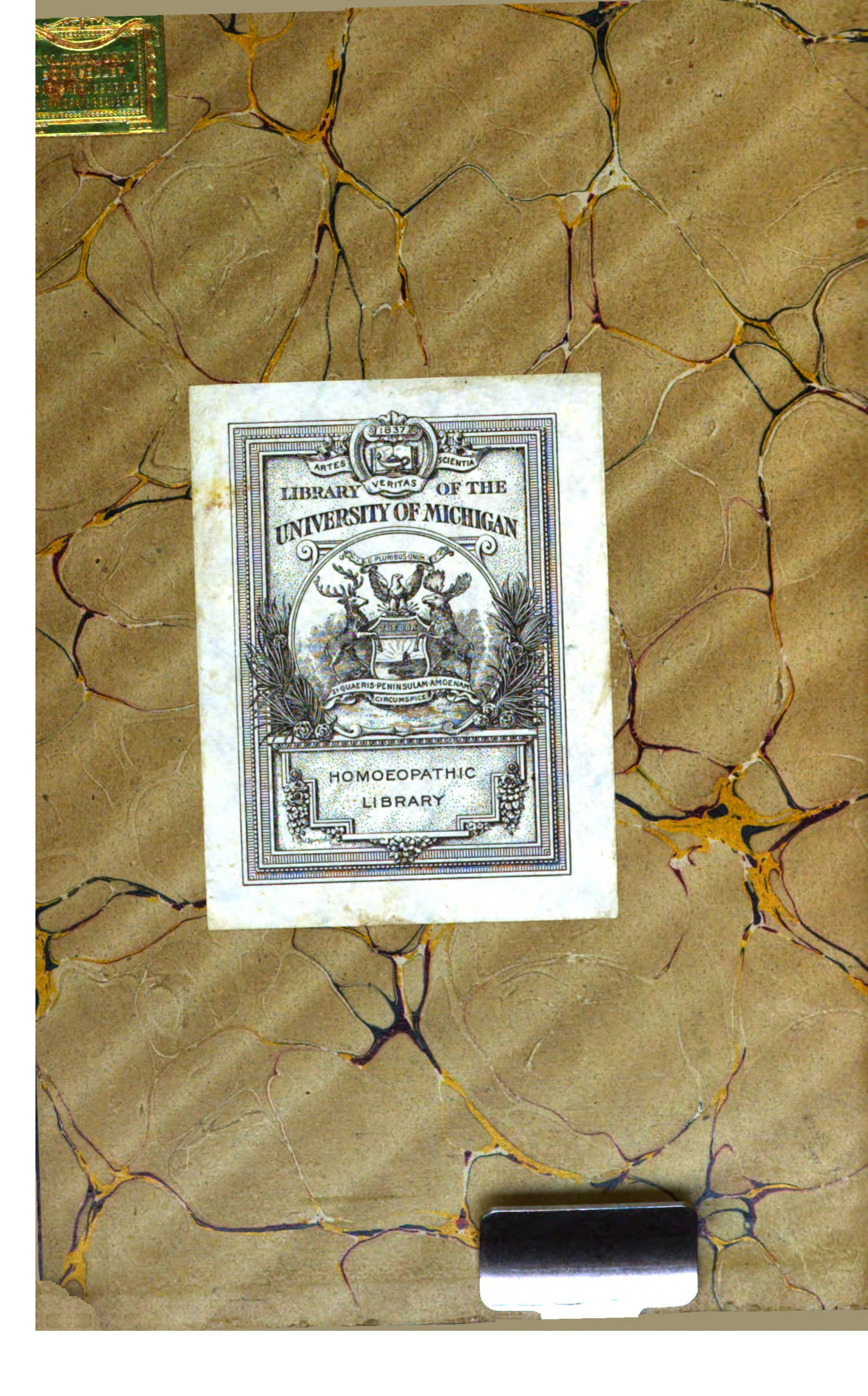
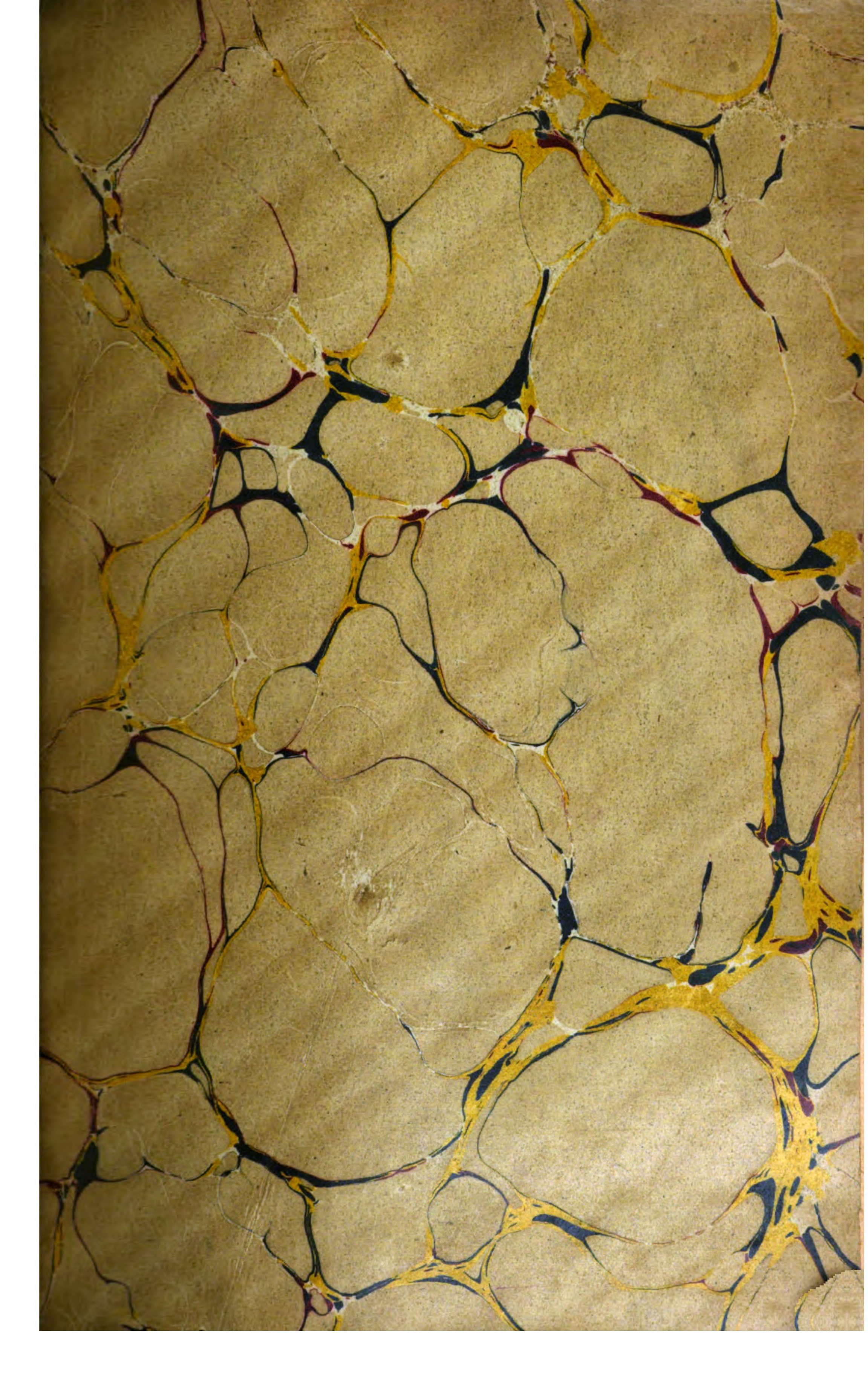

B 3 9015 00223 526 8
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE
TOME LXXXII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1896

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1896

COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

1re LEÇON

DE LA THÉRAPEUTIQUE

Nous avons adopté ce titre de *Clinique thérapeutique* parce que nous nous proposons surtout dans ces conférences d'étudier la thérapeutique au lit du malade. Certains professeurs de clinique s'occupent presque exclusivement des questions de diagnostic ; c'est la clinique proprement dite. Ici, le diagnostic ne sera étudié qu'autant qu'il est nécessaire pour fournir une base à la thérapeutique ; en effet, si je ne distingue pas la synoque de la fièvre typhoïde, ou l'endocardite valvulaire de l'endocardite vasculaire, comment pourrai-je apprécier la valeur des médications ?

On l'a dit avec juste raison, la thérapeutique est le couronnement de l'édifice médical. C'est l'aboutissant de toutes les connaissances sur la nature de l'homme, sur la maladie et sur sa cause. C'est l'application pratique d'une grande science.

Et cependant nous nous croyons obligé de nous poser cette question. La thérapeutique existe-t-elle ? Et l'ingérence des médecins dans le cours des maladies est-elle autre chose qu'une illusion ?

L'étude de la thérapeutique jusqu'au commencement de ce siècle justifie en grande partie le scepticisme qui regarde le traitement des maladies comme une vaste déception.

En effet, la thérapeutique violente et perturbatrice fondée sur la théorie des quatre humeurs de Galien, et qui resta dans la pratique générale malgré l'effondrement de cette théorie, après la découverte de la circulation du sang; cette thérapeutique, qui infligea à nos ancêtres du siècle dernier tant de purgatifs et tant de saignées, était bien certainement un art désastreux. Faut-il rappeler la pratique de Valsalva traitant ce qu'on appelait alors l'anévrisme du cœur, c'est-à-dire l'endocardite chronique par des saignées coup sur coup et la diète, qui n'avaient pour limite que le moment où le malade n'avait plus la force de soulever le bras? Cette pratique aussi absurde que meurtrière et que j'ai encore vu appliquer dans ma jeunesse, n'avait qu'un résultat : celui de détruire l'hypertrophie compensatrice qui constitue la guérison temporaire de l'endocardite chronique.

Mais si, passant à la première moitié de ce siècle, nous comparons les résultats obtenus dans le traitement de la pneumonie par l'*expectation* avec ceux que donne dans les hôpitaux de Paris et de Lyon le traitement ordinaire, nous trouvons pour l'expectation 18 p. 100 et pour les traitements dits héroïques de 35 à 50 p. 100. Ne pourrions nous pas devant de semblables résultats conclure que la thérapeutique n'existe pas ou plutôt qu'elle est une arme dangereuse et meurtrière? Et cependant telle ne sera pas notre conclusion.

Non, la thérapeutique n'est point une déception et l'ingérence des médecins dans le traitement des maladies, loin

d'être une perpétuelle illusion, amène encore assez fréquemment le soulagement et la guérison des malades. Nous ne voulons pas discuter longuement cette question. Qu'il nous suffise de citer les succès de la thérapeutique dans le traitement de la syphilis, de la fièvre intermittente et les brillantes applications de la sérumthérapie.

Mais s'il est incontestable que la thérapeutique peut guérir les malades, et que ce n'est point une science vaine, nous devons maintenant résoudre cette autre question : Comment la thérapeutique guérit-elle les maladies ?

Autrefois les médecins se créaient une hypothèse sur la cause de la maladie et ils prétendaient guérir la maladie en supprimant cette cause : *sublata causa*, *tollitur effectus*. La médication luttait corps à corps avec le mal, et prétentendait l'enlever de haute lutte. Aujourd'hui les médecins qui croient que les maladies sont produites par un microbe déterminé enseignent qu'il suffit de détruire le microbe pour amener la guérison. Il est facile de comprendre que cette deuxième théorie n'est qu'une répétition de la première, rajeunie par les connaissances modernes de microbiologie. C'est là la thérapeutique *étiologique* ou, comme on dit aujourd'hui, *pathogénétique*.

Nous devons d'abord combattre ces illusions dangereuses. Pas plus aujourd'hui qu'hier le médecin ne peut atteindre la cause de la maladie. Le *sublata causa* n'est applicable qu'en chirurgie. Il faut nous résoudre à un rôle plus modeste qui est le vrai. Nous savons que c'est la nature qui fait sa maladie avec le concours de certaines causes. Nous allons voir maintenant que c'est encore l'organisme qui fait sa guérison avec ou sans le concours de

médicaments. C'est la doctrine d'Hippocrate : *Natura medicatrix.*

Dans l'état actuel des esprits, nous devons revenir sur cette question : la guérison des maladies n'est pas due à la destruction de leurs microbes pathogènes.

Nous l'avons dit ailleurs : les succès de la chirurgie aseptique ont égaré les médecins. Ils ont cru qu'ils pourraient aussi faire de la médecine aseptique, parce qu'ils n'ont pas compris que le chirurgien faisait de la thérapeutique *préventive*, qu'il empêchait l'entrée dans l'organisme d'une cause instrumentale, le microbe pathogène de la suppuration, tandis que le médecin s'adressait à une maladie toute faite, à une situation qui ne permettait plus de détruire le microbe.

Et c'est là le premier argument que nous voulons opposer à la thérapeutique microbienne étiologique que nous combattons en ce moment ; une fois la maladie développée il est impossible d'atteindre et de détruire les milliers de microbes pathogènes qui infectent l'organisme de leurs toxines.

Les chirurgiens le savent si bien que si, malgré l'aseptie, la pyoémie éclate, et que le foyer d'où part l'infection ne puisse être atteint directement, ils savent, dis-je, que tous les antiseptiques échouent. Comment atteindrez-vous le bacille d'Eberth dans la fièvre typhoïde et le bacille virgule dans le choléra, puisque la sérumthérapie, beaucoup plus puissante que l'antisepsie, ne peut atténuer le microbe du tétanos une fois que cette maladie est développée, et échoue souvent dans la diphtérie quand elle est appliquée trop tard.

Mais, dites-vous, le malade guérit et le microbe dispa-

rait. Donc, la disparition du microbe est la cause de la guérison.

C'est là une pauvre logique et, moi, je vous dis que c'est la guérison qui est la cause de la disparition du microbe ; que souvent même le microbe persiste longtemps après cette guérison comme dans la diphtérie et la phtisie. Il est de science courante aujourd'hui qu'après la guérison de la diphtérie, le bacille de Lœffler peut persister pendant des semaines dans le mucus de l'arrière gorge, et des observations de phtisiques guéris à Davos depuis des années ont permis de constater dans les cavernes cicatrisées des bacilles de la tuberculose parfaitement vivants.

S'il s'agissait seulement de tuer le microbe pathogène pour guérir la maladie, et si ce microbe était accessible à nos médicaments, nous n'aurions pas besoin d'un antiseptique pour chaque maladie : le sublimé pour la syphilis, le sulfate de quinine pour la fièvre intermittente, le salicylate pour le rhumatisme articulaire aigu, l'acide phénique et le sublimé, comme en chirurgie, suffiraient à tous les cas.

Puisque la guérison peut être obtenue et qu'elle n'a pas lieu par la destruction du microbe pathogène, comment donc s'opère-t-elle ?

D'abord *la guérison peut être spontanée*. Et cette guérison spontanée s'obtient très probablement dans les maladies à microbes par la phagocytose et un état des humeurs que, faute d'un meilleur nom, on appelle *microbicide*, et qui est créé par l'organisme au cours même de la maladie.

La phagocytose ne peut pas être invoquée pour expliquer la guérison dans les maladies dépourvues de microbes. Ces maladies présentent deux catégories : celles qui sont contagieuses et transmissibles, quoiqu'elles ne pré-

sentent pas de microbes, comme les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu et la syphilis; et celles qui ne sont ni contagieuses ni inoculables comme la goutte, et toutes les affections qui s'y rattachent : diabète, hémorrhoïdes, artério-sclérose, néphrite ; la chlorose, toutes les névroses, etc.

Dans la première catégorie, dans les maladies infectieuses sans microbes, la guérison spontanée s'opère par un changement dans l'organisme, changement qui débute pendant le cours de la maladie et lui survit. Nous avons la preuve de cette modification de l'organisme dans ce fait qu'une première atteinte de ces maladies confère pour un temps plus ou moins long l'immunité contre les récidives.

Mais nos connaissances s'arrêtent là, car il est impossible de savoir quelle est la modification des solides et des liquides qui opèrent la guérison chez le malade et lui confèrent ensuite l'immunité.

L'examen chimique et microscopique n'a rien appris sur ce point et l'organisme du malade guéri de la variole présente les mêmes caractères qu'avant la maladie. Qu'une mère conçoive d'un homme syphilitique un enfant syphilitique lui-même, cette femme peut être indemne de la syphilis, mais elle a conquis un privilège, elle est absolument immunisée contre la syphilis, elle est vaccinée et, cependant, il est impossible de constater une différence dans les liquides et les solides de cette femme avant et après son immunisation.

La grande catégorie des maladies qui ne sont ni contagieuses, ni inoculables, comme la goutte et les névroses, guérissent rarement spontanément ; mais quand elles guérissent, c'est à la suite d'une évolution déterminée

et qui est propre à chaque malade. Cette évolution heureuse, favorable, se fait évidemment par les forces dont l'organisme dispose, mais sans qu'on puisse saisir, comme dans les catégories précédentes, une modification sinon dans les propriétés physiques et chimiques, au moins dans les propriétés biologiques de l'organisme.

Examinons maintenant la guérison due à la thérapeutique. La guérison peut être obtenue par un médicament : et remarquez, je vous prie, que cette guérison n'est pas subite, qu'elle a lieu après une certaine évolution des symptômes comme la guérison spontanée. Puisque c'est la nature qui fait sa guérison, il n'est pas étonnant qu'elle opère avec poids et mesure et que la maladie évolue sous l'impression du médicament comme elle évolue dans les guérisons spontanées. Aussi, il n'y a que les ignorants de la pathologie ou les emballés de la thérapeutique étiologique qui croient qu'il soit possible de *juguler une maladie*. Et comme nous tenons à ce qu'aucun doute ne subsiste dans les esprits sur cette impossibilité de juguler les maladies, nous prendrons des exemples qu'on a produits pour soutenir cette thèse et nous montrerons qu'ils ne prouvent rien.

Le salicylate de soude à hautes doses fait disparaître la douleur et la fièvre après vingt-quatre heures, le rhumatisme est-il jugulé? Il n'est même pas guéri, car, si vous ne continuez le médicament pendant deux, trois semaines et plus, la maladie reparaît aussi fort que le premier jour.

Une dose suffisante de sulfate de quinine coupe un accès de fièvre intermittente, mais elle ne guérit pas la maladie, car, si on se borne à cette dose unique, la fièvre

reparaîtra à des époques plus ou moins rapprochées suivant le type de cette maladie.

Quand le diagnostic a été scientifiquement établi, on n'a jamais observé une fièvre typhoïde guérie avant le 18ᵉ jour, ou, par exception, le 11ᵉ jour.

La pneumonie et les fièvres éruptives sont des maladies cycliques, c'est-à-dire qu'elles ont une marche et une durée déterminées ; et, si les médications peuvent agir sur l'intensité des symptômes, elles n'abrègent pas la durée qui est en rapport avec la forme de la maladie.

Si quelques médecins ont prétendu juguler la variole, c'est qu'ils se sont adressés à des varioloïdes, maladies qui, en l'absence de tout traitement, se terminent brusquement dans la première semaine.

Nous nous sommes étendu sur cette argumentation pour qu'il soit bien entendu que le médicament ne guérit les maladies que par l'intermédiaire de l'organisme et que cette guérison se produit en suivant une évolution analogue à la guérison spontanée.

Il y a deux thérapeutiques différentes : l'une, la thérapeutique *étiologique* ou *pathogénétique*, s'appuie sur la *loi des contraires* formulée par Hippocrate : *contraria contrariis curantur*. L'autre s'appuie sur une loi également formulée par Hippocrate : *similia similibus curantur*.

La thérapeutique des contraires est celle qui s'applique dans les affections de causes externes, les affections chirurgicales. Elle saisit la cause chimique, mécanique ou microbienne, la détruit. En vertu de cet axiome *sublata causa, tollitur effectus*, la cause étant détruite, la maladie disparaît.

C'est cette doctrine thérapeutique qui a créé en chirurgie l'antisepsie et l'asepsie avec leurs merveilleux effets,

seulement cette thérapeutique ne peut s'appliquer aux maladies de causes internes, aux maladies médicales. En effet, la cause étant toujours hypothétique, il est impossible de s'adresser à elle pour la détruire; j'ajoute que quand elle est microbienne, on ne peut saisir le microbe qui s'est multiplié à l'infini et a envahi l'organisme avec ses toxines.

Le contraire de la maladie ne peut non plus s'appliquer parce que ce contraire n'existe pas. Qu'est-ce, en effet, que le contraire de la pneumonie, de la fièvre typhoïde et de la variole. Ici le mot contraire n'a pas de sens.

Thérapeutique homœopathique. — Quelle est donc la thérapeutique que nous appliquerons au traitement des maladies de causes internes, celle qui repose d'une part sur la matière médicale expérimentale et de l'autre sur la loi d'indication dont la formule est : *similia similibus curantur.*

La *matière médicale expérimentale* est celle qui repose sur l'étude des médicaments sur l'homme sain et sur les animaux.

L'histoire des médicaments basée d'une part sur les expériences pratiquées sur l'homme sain, d'une autre sur les faits nombreux fournis par la toxicologie, confirmés et éclairés par des expérimentations sur des animaux, constitue une connaissance exacte des actions médicamenteuses et fournit des tableaux plus ou moins complets de maladies artificielles comparables aux maladies naturelles.

C'est Hahnemann qui le premier a exposé la nécessité de cette connaissance expérimentale du médicament et c'est lui aussi qui le premier a expérimenté sur lui-même et sur ses élèves les principaux médicaments de la matière médicale.

Depuis Hahnemann, les médecins homœopathes ont étendu considérablement les limites de la matière médicale inaugurée par leur maître. Les autres médecins se sont surtout préoccupés des explications physiologiques des actions médicamenteuses et, comme on pouvait le prévoir, ils sont arrivés à des opinions divergentes et contradictoires qui jusqu'à présent n'ont pas grande utilité dans la pratique.

Nous avons vu que la loi des contraires n'était pas applicable au traitement des maladies internes, c'est donc la loi des semblables qui doit guider nos indications.

On répète souvent ce mot d'*indication*, quelquefois sans trop le comprendre, c'est pourquoi nous voulons en préciser le sens.

L'indication, dit Galien, *est la nécessité évidente d'une action déterminée.*

Nécessité évidente, c'est-à-dire qui ne laisse de place ni au doute ni à la contradiction, *d'une action déterminée* et non pas d'une action quelconque et indéfinie.

Les médecins comme les chirurgiens, devraient se pénétrer de cette définition de l'indication et être persuadés que le caprice, la mode, voire même l'inspiration, n'engendreront qu'une pratique illégitime et souvent dangereuse.

La loi des semblables est-elle applicable aux maladies de cause interne ? Oui, parce que les médicaments produisent chez l'homme sain un ensemble de symptômes et de lésions qui constituent une maladie médicamenteuse; que cette maladie médicamenteuse est plus ou moins analogue aux maladies naturelles et par conséquent peut leur être appliquée en vertu de la loi de similitude : le vera-

trum au choléra, le sublimé à la dysenterie, l'ipeca à l'asthme, etc...

Nous devons avouer que la loi de similitude a une apparence paradoxale, mais qu'importe si la clinique démontre les bons effets de cette méthode. Du reste, les derniers travaux de bactériologie sur le traitement du charbon, de la rage, de la dipthérie mettent hors de contestation la vérité de la loi de similitude.

A quelle dose doit-on prescrire le médicament? Si je ne craignais de dire une vérité trop vraie, je dirais à la dose où il guérit. Ces doses varient avec les médications.

Dans la *médication palliative* il faut toujours une dose forte ; si vous voulez faire dormir le malade donnez une dose suffisante de chloral; s'agit-il de calmer une douleur, une injection de morphine sera faite à dose suffisante; s'il faut évacuer l'intestin, il faudra donner le médicament à dose purgative ou a dose vomitive.

Dans la *médication curative*, nous prescrivons les médicaments à la dose qui guérit. Deux règles nous guident dans le choix de cette dose : 1° la matière médicale, 2° la clinique.

Nous donnons les doses fortes quand la matière médicale nous dit que le médicament doit être prescrit à hautes doses pour produire un effet analogue aux symptômes observés chez le malade.

Le sulfate de quinine doit être pris en grande quantité pour produire le vertige de Ménière; nous en donnerons de fortes doses pour combattre cette maladie.

La digitale à haute dose produit l'asystolie, nous donnerons donc la digitale à dose pondérable dans l'asystolie.

Nous employons également les doses fortes quand l'ex-

périence clinique nous a montré qu'il fallait une dose appréciable pour obtenir de bons effets.

Nous préférons même les doses fortes quand il est démontré qu'elles produisent d'aussi bons résultats que les doses infinitésimales. Nous les préférons pour nous rapprocher autant que possible des autres médecins et parce que nous pouvons mieux vérifier si le pharmacien a bien rempli l'ordonnance.

Mais il est certains cas où il faut des doses infinitésimales. La 30e dilution de noix vomique a guéri des névralgies contre lesquelles la teinture était restée sans effets.

Nous sommes donc éclectiques dans le choix de la dose. Nous sommes éclectiques aussi dans le choix des médicaments. Nous prescrivons des remèdes empiriques, le thlaspi, l'acalypha, qui n'ont pas de matière médicale. Nous employons des médicaments physiologiques, nous faisons de l'organothérapie : la thyroïdine dans le goitre, le pancréas ou le foie dans le diabète sucré. Nous nous servons également de la sérumthérapie dans la diphtérie, le tétanos, la streptococcie. Nous sommes sans parti pris. *Il faut guérir, voilà le but.*

2e LEÇON

Sommaire : Ictère, traitement. — Grippe avec pneumonie massive. — Rhumatisme articulaire aigu. Sulfate de quinine. — L'endocardite rhumatismale. — Rougeole. Aconit, teinture mère. — Broncho-pneumonie. Ipéca et bryone. — Artério-sclérose.

Au lit n° 1 de la salle des hommes est couché un enfant de 13 ans 1/2 atteint d'un ictère avec gonflement douloureux du foie. Et c'est à cause de ce gonflement doulou-

reux que le médecin qui m'a précédé avait prescrit china 3e trit. 0 gr. 25. Quand j'ai pris le service cet enfant était mieux. Il n'avait plus de vomissements. Je lui prescrivis nux vomica 6e, X gouttes et il fut mis au régime lacté.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit et les forces revinrent, le malade commença à manger; mais huit jours après cette apparence de guérison, il fut pris d'un mouvement fébrile modéré, inappétence, avec douleurs dans le foie qui était encore assez notablement hypertrophié.

La diète lactée et le venin de vipère à la 3e trit. amenèrent la réduction du foie à son volume normal et une guérison complète.

Le *china* a été prescrit à cause de la douleur et du gonflement du foie, la *noix vomique* était indiquée par l'anorexie complète et le *venin* de *vipère* par la persistance du gonflement du foie et aussi par l'analogie de son action avec celle du lachésis qui est classique dans le traitement des engorgements du foie.

Grippe grave avec pneumonie massive, broncho-pneumonie généralisée ; tuberculose suspecte. — Ce malade qui est déjà dans les salles depuis le 9 novembre 1895 a présenté dès le début un état fort grave : bronchopneumonie double, température élevée avec des oscillations comme dans la grippe et dans la phtisie ; puis dans les derniers jours de novembre violent point de côté à droite ; dyspnée ; matité absolue, absence de vibrations thoraciques et des bruits respiratoires.

Cet ensemble de signes fit penser à l'existence d'un épanchement pleurétique ; mais deux ponctions exploratrices, pratiquées à vingt-quatre heures de distance per-

mirent de constater l'absence absolue de tout épanchement d'où résulta le diagnostic de pneumonie massive.

Cette lésion qu'on a encore appelée spléno-pneumonie, maladie de Grancher, a été souvent observée dans la grippe. Elle présente deux signes constants : la matité absolue et la suppression des vibrations thoraciques ; et des signes variables : un souffle doux ou dur qui alterne avec le silence absolu ; la pectoriloquie aphone ; de petites crépitations fines, superficielles qui existent dans l'inspiration et l'expiration. Quand le malade guérit, le souffle disparaît s'il existait, la sonorité revient, et le murmure vésiculaire revient progressivement.

Ce malade a éte traité par les médicaments suivants :

D'abord la bryone et le phosphore à la 12e dilution alternés ; ces deux médicaments avaient amené la chute de la fièvre après quarante-huit heures de leur usage. La température s'élevant de nouveau à 40°, bryone teinture mère XX gouttes et aconit teinture XXX gouttes furent alternés pendant six jours. A ce moment, nouvelle amélioration ; apyrexie pendant vingt-quatre heures. L'expectoration étant purulente et très abondante, on prescrivit *hepar sulfuris* 2e trituration. Mais la température s'étant élevée de nouveau et l'état du malade aggravé on prescrivit successivement bryone (6) et phosphore (6) puis ipeca (6) et bryone (6) et enfin tartarus emeticus (6).

Ces médicaments restèrent sans effet, le mouvement fébrile présentant de grandes oscillations, 40° le soir, 38,5 le matin. Je prescrivis sulfate de quinine à la dose 1 gramme pendant plusieurs jours administré dans la matinée. Le reste du temps, le malade alternait bryone teinture mère X gouttes et ipeca 1re trituration décimale 0 gr. 15.

Sous l'influence de ce traitement, une notable amélioration se manifesta ; la température ne dépassa pas 39° le soir, les râles sous crépitants diminuèrent dans le côté gauche et à droite à l'endroit occupé par la pneumonie massive. On commence à entendre la respiration, puis le murmure vésiculaire lui-même.

En même temps l'état général s'améliore, le malade se sent mieux, plus fort, il commence à manger.

Cependant l'état du malade reste très inquiétant ; la fièvre, quoique diminuée, persiste et, de temps à autre, il survient de nouvelles poussées de broncho-pneumonie avec point de côté violent ; grande oppression ; élévation subite de la température. Nous aurons donc certainement à vous reparler de ce malade.

Voici maintenant un cas de *rhumatisme articulaire aigu* qui mérite toute notre attention.

M.M..., âgé de 19 ans, est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 3 novembre 1895 et a été couché au lit n° 5.

Ce malade a déjà eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu l'année dernière. Cette attaque fort bénigne n'a duré que huit jours. Nous ignorons quel traitement il a suivi à cette époque.

Ce malade présente un rhumatisme généralisé à toutes les grandes jointures avec un mouvement fébrile rémittent présentant une température de 38° le matin et de 39° le soir. Les douleurs sont très fortes et les arthrites changent de place avec une grande facilité.

Du 4 au 11 novembre, ce malade a pris le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 30 par jour. Le mouvement fébrile a un peu diminué sous l'influence de ce médicament.

Du 13 au 19 novembre on augmenta la dose de sulfate de quinine et le malade en prit 0 gr. 40 par jour. Mais les douleurs étant toujours très violentes on prescrivit successivement rhus toxicodendron, bryone (1re déc.), puis le 25, 26, 27 china teinture mère. Enfin à cause de la mobilité extrême des douleurs à partir du 28, on prescrivit viola odorata.

Quand je pris le service au 1er décembre, le malade avait toujours un mouvement fébrile intense. La plupart des jointures étaient gonflées et douloureuses. Il existait un bruit de souffle doux à la base à l'orifice pulmonaire. Je prescrivis sulfate de quinine 1 gramme en 4 paquets à prendre dans la journée.

Sous l'influence de cette médication la fièvre tomba complètement; le 2, le malade prit encore 1 gramme de sulfate de quinine ; les 3, 4, 5, il prit seulement 0 gr. 50. Les douleurs diminuèrent rapidement et le malade entra en convalescence.

Pour terminer avec son histoire pathologique, trois semaines après ce malade fut atteint d'une arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne gauche de l'indicateur; l'articulation était rouge, gonflée, douloureuse, mais il n'y avait pas du tout de fièvre. Je prescrivis china 1re trit., 0 gr. 20. Au bout de trois jours, il n'était plus question de cette rechute.

Vous vous êtes demandé sans doute pourquoi on n'avait pas prescrit à ce malade du salicylate de soude à hautes doses ?

Nous n'employons pas ce médicament pour deux raisons, c'est d'abord qu'il est dangereux et qu'il existe dans la science un certain nombre de cas où la mort des malades doit être imputée à son usage et qu'il me ré-

pugne, dans une maladie dont la terminaison habituelle est la guérison, d'intervenir avec une médication qui compte des morts, en aussi petit nombre qu'on voudra, à son actif.

La seconde raison qui nous empêche de prescrire le salicylate, c'est que ce médicament, bien qu'il calme la douleur et la fièvre très rapidement, doit être continué pendant bien des jours si on ne veut pas voir la maladie recommencer.

Dans la salle des femmes, nous avons une malade atteinte d'insuffisance mitrale et qui, malgré le salicylate de soude, a souffert pendant huit mois d'un rhumatisme articulaire aigu à l'hôpital Necker.

Le sulfate de quinine n'expose pas aux mêmes accidents que le salicylate de soude même dans le temps où on le prescrivait aux rhumatisants à la dose énorme de 3 grammes par jour. Ici 1 gramme a suffi pour arrêter la fièvre et amener la guérison en deux ou trois jours.

Rappelez-vous que le sulfate de quinine est indiqué dans le traitement du rhumatisme toutes les fois que le mouvement fébrile est rémittent. Quand le type est continu, les deux médicaments principaux sont l'aconit et la bryone.

Je vous rappelle que ce rhumatismant présentait un bruit de souffle, mais son siège à la base à l'orifice de l'artère pulmonaire, son existence au premier temps, et son timbre très doux nous ont conduit à diagnostiquer un bruit anémique, et non un bruit dû à une endocardite rhumatismale.

L'endocardite rhumatismale est une complication de la plus haute gravité. Elle peut amener la mort du malade à sa période aiguë et si on ne parvient pas à la guérir en-

tièrement, le malade est atteint d'une endocardite chronique avec laquelle il peut vivre des années mais qui, le plus souvent, détermine une mort prématurée.

On enseignait autrefois que le début de l'endocardite rhumatismale était annoncé par trois symptômes : l'augmentation du mouvement fébrile, la douleur, et enfin le bruit de souffle.

L'enseignement du professeur Potain diffère par plusieurs points de l'enseignement classique. D'après ce professeur, le début de l'endocardite peut être absolument latent ; le bruit de souffle n'existe pas au début de l'endocardite. Ce qu'on a décrit comme tel sont des bruits anorganiques, des bruits extra cardiaques qui se passent dans le poumon. Le véritable signe de l'endocardite commençante est un changement dans le timbre des bruits normaux, les bruits sont éteints, enroués, et c'est beaucoup plus tard que la lésion est définitive, que l'on constate de vrais bruits de souffle.

Le professeur Potain donne les règles suivantes pour distinguer les bruits anorganiques des bruits organiques.

Les bruits anorganiques sont doux, superficiels sans prolongation, correspondant à une partie seulement de la systole ou de la diastole, ne siégeant pas exactement à la pointe ou à la base du cœur comme les bruits organiques. Enfin, ces bruits cardio-pulmonaires sont inconstants et peuvent disparaître par le changement de position.

Cette théorie est fort discutable.

Avec Peter et Jaccoud nous avons constaté bien des fois l'apparition de bruits de souffle à leur lieu d'élection dès les premiers jours de l'existence d'une endocardite rhumatismale et ces bruits de souffle n'étaient point cardio-pulmonaires car chez les malades qui n'ont pas guéri

complètement ces bruits de souffle ont persisté et caractérisé l'endocardite chronique.

Vous voyez dans la petite salle des hommes 6 jeunes garçons atteints de rougeole. Chez tous la maladie a été régulière et la terminaison heureuse. La température, après s'être maintenue pendant trois et quatre jours aux environs de 40°, tombe brusquement à 36°,5 comme vous pouvez le voir sur toutes les feuilles de température. Quelques-uns continuent à tousser pendant quelques jours et présentent un certain degré de bronchite, mais tous guérissent rapidement du septième au neuvième jour de la maladie.

Depuis le mois dernier déjà une douzaine de cas analogues se sont succédé dans les salles sans avoir jamais présenté de complication grave. Cependant l'épidémie régnante n'est pas absolument bénigne et la statistique municipale accusait encore la semaine dernière 25 cas de morts par la rougeole.

J'ajoute que depuis que nous sommes à Vaugirard, l'œuvre de Saint-Nicolas nous a envoyé un grand nombre de cas de rougeole et que nous n'en avons jamais perdu un seul. Je concède volontiers que ce résultat tient en grande partie à la bénignité des cas qui nous ont été adressés, mais il est de toute justice d'attribuer à la médication une certaine influence sur ces résultats constamment heureux.

Le traitement a consisté dans l'administration de X gouttes de teinture mère d'aconit dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures pour tous les malades présentant un haut degré de température sans complication.

Les quelques sujets qui nous ont offert un certain degré de bronchite ont été traités par ipéca (6) et bryone (6) alternés toutes les deux heures. Je ne saurais trop vous recommander cette médication très efficace dans le traitement de la broncho-pneumonie et qu'il est rarement nécessaire de remplacer, suivant les indications, par pulsatile, carbo-vegetabilis et arsenic.

Je ne vous ai point parlé ce soir des malades couchées dans la salle des femmes. Le temps ne nous l'a point permis. Un mot seulement sur une collection de vieilles femmes atteintes d'*artério-sclérose* et présentant chacune un type particulier.

Au n° 1 de la petite salle se trouve une vieille femme septuagénaire présentant des symptômes d'*aortite chronique* sans lésion valvulaire, l'affection dominante chez cette malade est une artérite de l'artère sylvienne droite. Déjà deux fois, elle a présenté des attaques subites de perte de connaissance avec mouvement convulsif dans le bras gauche, mouvement convulsif suivi d'une paralysie incomplète qui se dissipa au bout de quelques jours. Cette malade prend l'iodure de sodium à la dose de 10 centigrammes par jour, et quand elle est menacée de ses attaques, je lui prescris nux vomica (6).

Au n° 11 de la grande salle est couchée une femme sexagénaire et atteinte d'artério-sclérose.

Cette femme est déjà venue à l'hôpital au mois de septembre, présentant de la dyspnée et de l'œdème des jambes. Sous l'influence de la *thyroïdine* à la 3ᵉ dilution décimale, il se produisit une diurèse abondante, une grande diminution de la dyspnée, et la malade sortit à la fin du mois se croyant entièrement guérie.

Cette malade rentra à Saint-Jacques à la fin de novembre; à l'occasion d'un rhume, toutes ses souffrances étaient revenues. Voici l'état qu'elle présentait au 1er décembre ; dyspnée très marquée, le cœur hypertrophié, sa pointe bat dans le sixième espace intercostal. Il n'existe pas de souffle aux orifices, mais le 2e bruit aortique est extrêmement accentué. Il existe un œdème marqué aux membres inférieurs et au bras gauche. La malade n'urine que de 4 à 600 grammes par vingt-quatre heures. Ses urines sont albumineuses. Il existe un certain degré de bronchite avec gros râles ronflants et sibilants.

La *thyroïdine* administrée comme à l'époque de sa première entrée, est restée sans résultat. Le régime lacté et la digitaline au 1/1000e, à la dose de XXX gouttes, produisit une diurèse qui se maintient, les urines atteignent de 1.500 grammes à 2 litres par jour. L'œdème diminue et la respiration s'améliore. Elle est mise alors à l'usage d'iodure de sodium à la dose de 10 centigrammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, les urines se maintiennent abondantes, l'œdème disparaît complètement, la malade se trouve beaucoup mieux.

C'est pendant cette amélioration qu'elle a été prise subitement de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale abondante avec perte subite et complète de la connaissance. Les yeux sont conjugués à gauche. Il existe une hémiplégie complète du côté droit. Le pouls est presque insensible quoique les battements du cœur soient tumultueux. Malgré belladone et arnica alternés à la 6e dilution, la malade succombe le troisième jour.

Au n° 13 de la même salle est couchée une femme de 66 ans. Cette femme dit n'être malade que depuis

six mois. Elle présente l'état suivant : les artères sont dures et flexueuses, le cœur gros, les battements arythmiques avec retentissement du deuxième bruit aortique. Les urines sont suffisantes. Il n'existe pas d'œdème.

Cette malade se plaint d'accidents de palpitation siégeant dans l'abdomen et se manifestant surtout après les repas.

L'examen de cette région permet de constater une dilatation de l'aorte abdominale. Cette dilatation anévrysmatique est le siège de palpitations fréquentes. La malade est mise à l'usage d'iodure de sodium 0 gr. 10 par jour.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'histoire de l'artério-sclérose est toute récente, qu'elle a été commencée par Jean-Paul Tessier qui le premier, en 1859, a décrit l'aortite chronique en s'appuyant sur les autopsies de Dupuytren et du maréchal Saint-Arnaud. Cette description magistrale a été complétée par M. Huchard qui a montré le rôle de l'artérite chronique non seulement dans l'aorte mais dans les artères coronaires du cœur; dans le système artériel du rein, du foie, du cerveau et du poumon. C'est aussi ce médecin qui a préconisé l'iodure de sodium comme l'agent thérapeutique de cette lésion.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'antisepsie intestinale.

Depuis douze ans a-t-on assez prôné les bienfaits et la nécessité de l'antisepsie intestinale ! Avec l'antisepsie, on annulait les auto-intoxications qui compliquent la plupart des maladies gastro-intestinales et voici qu'à *la Société thérapeutique*, dans la séance du 18 décembre, on déclare que l'antisepsie intestinale est à la fois impossible et inutile ; que les tentatives faites pour l'établir sont dangereuses.

Heureusement que nous n'avons jamais fait d'antisepsie intestinale, ce qui ne nous a pas empêché d'avoir depuis vingt-cinq ans une mortalité de moins de 7 p. 100 dans la fièvre typhoïde à l'hôpital St-Jacques. Si nous avions fait de l'antisepsie intestinale, nous serions obligés, comme nos confrères de la Société de thérapeutique, *de brûler ce que nous avions adoré*, ce qui est toujours désagréable.

Quelques citations sont maintenant nécessaires : M. Dignat a renoncé à l'antisepsie dans les affections gastro-intestinales (dilatation stomacale, dyspepsie flatulente et putride) « toujours les résultats qu'elle m'a donnés ont été négatifs ». (*La médecine moderne*, p. 790.)

M. Bardet affirme que l'emploi de l'antisepsie intestinale ne donne rien dans le traitement des dyspepsies.

L'antisepsie intestinale n'a, comme l'a observé M. Albert Robin, aucune puissance préventive.

M. Dignat rapporte l'observation d'une femme en

couches traitée pour des troubles digestifs par l'antisepsie interne, dont l'enfant mourut d'un phlegmon quelques jours après sa naissance, tandis que la mère présenta tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. M. Dignat remarque que cette fièvre fut contractée par voie intestinale malgré l'emploi journalier des antiseptiques.

Le professeur Bouchard, ayant à traiter une épidémie de cholériques, pratiqua l'antisepsie intestinale afin de rendre la cavité de l'intestin inhabitable pour le bacille virgule. Chaque malade prit chaque jour 1 gramme d'iodoforme et 5 grammes de naphtaline. Sur 40 cas de choléra il y eut 29 décès soit une mortalité de 66 p. 100. « C'est donc une moyenne — je ne dis pas une bonne moyenne — qui prouve que ma thérapeutique a été absolument inefficace. »

Non seulement l'antisepsie intestinale est inutile mais d'après la discussion de la Société de thérapeutique, elle serait encore dangereuse.

Le Dr Créquy rapporte l'histoire d'un malade qui prenait journellement 1 gr. 50 de salol. Des phénomènes d'intolérance et d'intoxication rapide se sont produits et il a fallu suspendre ce médicament.

M. Dignat signale les dangers que fait courir l'emploi des antiseptiques : « Dans deux observations, le salol a été la cause des accidents; dans la troisième, c'était le gaïacol employé en injections hypodermiques. Dans tous ces cas, j'ai observé des phénomènes de congestion rénale et d'insuffisance urinaire qui ont brusquement disparu avec la suppression du traitement.

M. Jasiewicz attribue le développement d'une phtisie tuberculeuse chez une femme de 30 ans à l'action du salol pris quotidiennement à la dose de 3 grammes.

M. Bovet dit qu'il faut bien mettre en relief l'altération que peuvent subir les voies digestives à la suite de l'ingestion des antiseptiques, et il conclut qu'il faut en revenir, comme le conseille M. Huchard, à l'usage du lait et des grands lavements d'eau qui produisent une augmentation considérable des urines, en même temps que les produits toxiques disparaissent plus ou moins complètement de leur composition.

Ainsi voilà encore une des conquêtes thérapeutiques modernes dont il faut faire son deuil.

Nous lisons dans les *Comptes rendus de la Société de biologie* du 27 décembre 1895, une communication de MM. Gilbert et Dominici sur l'*antisepsie intestinale* par les purgations.

Il résulte de ce mémoire, qu'un homme sain, auquel on administre 15 grammes de sulfate de soude et 15 gr. de sulfate de magnésie, rend dans les selles plus de 411 *milliards* de microbes, au lieu de 12 milliards qu'il rendait en l'état normal.

Après cette purgation les fèces ont repris leur caractère normal mais elles ne contiennent plus qu'un *demi-milliard* de microbes.

« *Le purgatif avait donc désinfecté l'intestin et amené une asepsie, sinon absolue, du moins remarquable de ce canal.* »

Bizarre retour des choses d'ici-bas ! les purgatifs salins semblent être les meilleurs désinfectants de l'intestin et les vénérables maîtres de ma jeunesse, Honoré et Gadiouse, médecins de l'Hôtel-Dieu, traitaient la fièvre typhoïde par un purgatif salin administré tous les deux jours, faisant ainsi, quarante ans à l'avance, de l'antisepsie sans le savoir ; il est vrai que la mortalité par la fièvre typhoïde atteignait en ces temps-là 25 et 30 p. 100.

Dr P. Jousset.

DES PSEUDO-COXALGIES

Les médecins se trouvent assez souvent en présence de cas qui simulent assez la coxalgie vraie pour amener des erreurs de diagnostic.

Je me souviens toujours d'une jeune fille, aujourd'hui mariée et mère de famille, atteinte d'une coxalgie hystérique, qui avait été prise par deux chirurgiens distingués de Paris pour une véritable coxalgie. Mon père, qui soignait cette malade, persuadé malgré tout qu'il n'y avait là qu'une coxalgie hystérique, la mit entre les mains d'un masseur qui guérit très rapidement la contracture musculaire qui simulait la coxalgie.

Tout dernièrement pendant mon trimestre de l'hôpital Saint-Jacques, j'ai observé un cas analogue : il s'agissait d'une femme de 38 à 40 ans, qui nous fut apportée comme atteinte d'une douleur de la hanche, qui l'empêchait de marcher depuis plusieurs mois. L'articulation de la hanche gauche était très douloureuse, la cuisse légèrement fléchie et dans la rotation en dedans, donnant absolument l'apparence d'une coxalgie ; mais les antécédents nerveux de la malade, un point douloureux ovarique gauche très marqué, une zone d'hyperesthésie au niveau de la colonne vertébrale me fit penser à la coxalgie hystérique. Quelques médicaments (ignatia, rhus toxic.), le repos au lit, avec une extension légère (au moyen d'un poids) amenèrent une grande amélioration. Sous l'influence du massage on arrivait à la guérison lorsqu'on dut renvoyer la malade pour insubordination.

J'ai cru devoir analyser ici un article du professeur Duplay sur le même sujet, article qui a été publié dernièrement dans la *Semaine médicale*. Il est utile, en effet, de fixer

les signes qui peuvent permettre de distinguer les pseudo-coxalgies de la coxalgie vraie.

Le professeur Duplay divise les pseudo-coxalgies en deux classes bien distinctes : la première comprend les cas où, l'articulation étant saine, il existe une lésion appréciable au voisinage plus ou moins immédiat de l'articulation ; la seconde comprend les cas où il n'existe de lésion ni au niveau de l'articulation, ni dans son voisinage.

La première classe contient des cas très disparates ; voici successivement ceux que M. Duplay a énumérés :

M. Duplay cite deux observations d'*ostéites de l'extrémité supérieure du fémur*. La seconde présente un certain intérêt : il s'agissait d'un enfant de Melbourne, que tous les médecins de son pays considéraient comme atteint de coxalgie sauf le Dr Crivelli, ancien élève de M. Duplay, qui pensait à une ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur ; M. Duplay confirma ce diagnostic et l'enfant guérit sans aucune claudication ; deux ans après, une rechute ayant eu lieu à Lille, les chirurgiens crurent de nouveau à une coxalgie, mais quelques mois après l'enfant était complètement guéri et sa jointure parfaitement saine.

Les affections des bourses séreuses voisines de l'articulation peuvent aussi simuler la coxalgie : *abcès de la bourse séreuse du grand fessier, inflammation de la bourse séreuse du psoas*. Les *néoplasmes* du bassin ou de l'extrémité supérieure du fémur (kystes hydatiques ou autres) peuvent en imposer aussi. Dans tous ces cas, on observe des contractures réflexes surtout du côté des muscles pelvitrochantériens, produisant des attitudes vicieuses simulant la coxalgie.

La seconde classe est constituée par la *coxalgie hystérique*, affection qui a été décrite dès 1837 par Brodie.

La coxalgie hystérique se rencontre principalement chez la femme, pendant la jeunesse et surtout au moment de la puberté.

« Le plus ordinairement la maladie se déclare brusquement, à l'occasion d'une cause insignifiante d'ailleurs, chez une personne qui, le plus souvent, a des antécédents nerveux et même présente tous les caractères de l'hystérie confirmée. Dans certains cas, le début coïncidera avec un léger traumatisme, un effort peu considérable. Dans quelques faits, l'imitation a pu entrer en ligne de compte et vous lirez dans les auteurs l'observation de Paget, dans laquelle une jeune fille fut atteinte de coxalgie hystérique, à côté de son frère qui souffrait d'une véritable coxo-tuberculose.

« Les principaux symptômes de la coxalgie hystérique sont : la douleur, les contractures musculaires et les attitudes vicieuses qui en résultent.

« Les douleurs sont quelquefois semblables à celles qu'on observe dans la coxalgie vraie. Des douleurs spontanées peuvent se manifester à la hanche, en même temps qu'au genou, comme dans la coxo-tuberculose; mais, cependant, ce qui devra vous frapper dans la coxalgie hystérique, c'est que ces douleurs n'ont pas un siège absolument fixe, et que la malade les accusera tantôt en avant tantôt en arrière. On observe très souvent, en outre, une hyperesthésie cutanée, qui détermine parfois de véritables crises de nerfs dès qu'on effleure à peine la peau.

« Les douleurs à la pression présentent également des caractères tout à fait particuliers. Dans la coxo-tuberculose elles sont plutôt profondes que superficielles; c'est

exactement le contraire dans la coxalgie hystérique, où, comme Brodie l'avait déjà bien remarqué, on déterminera des douleurs beaucoup plus vives en pinçant la peau qu'en exerçant des pressions profondes.

« Dans les deux affections, les contractures siégeant sur les muscles pelvitrochantériens peuvent donner lieu exactement aux mêmes attitudes vicieuses, y compris l'inclinaison du bassin en avant et l'ensellure lombaire. Il est vrai que, dans la coxalgie tuberculeuse, on observe le plus souvent la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, alors que, dans la coxalgie hystérique, on constate presque toujours la flexion avec adduction et rotation en dedans. Mais cela ne saurait constituer un signe différentiel, puisque les deux positions peuvent exister dans l'une ou l'autre affection.

« Ce qu'il y a de particulier dans la coxalgie hystérique, c'est la résistance des contractures. Dans une coxotuberculose, surtout au début, vous arriverez, en y mettant beaucoup de patience, à triompher des contractures dans une certaine mesure et à imprimer de petits mouvements à l'articulation; or, vous n'y parviendrez jamais pour la coxalgie hystérique.

« Dans cette dernière affection, la marche présente aussi quelque chose de très spécial. Si on fait lever la malade, elle conserve le recroquevillement du membre inférieur dû à son attitude vicieuse, mais elle ne souffre pas et elle peut marcher en sautillant ou en s'appuyant aux meubles. Essayez d'obtenir le même résultat avec une coxo-tuberculose : au moindre mouvement, la malade éprouvera de vives douleurs et refusera de quitter son lit. Il y a là, comme vous le voyez, un signe d'une importance très

grande et sur lequel on n'a peut-être pas insisté suffisamment.

« Sauf de rares exceptions, grâce aux particularités que je viens de signaler, vous pourrez le plus souvent arriver au diagnostic de la coxalgie hystérique, à condition d'examiner soigneusement votre malade. Vous tiendrez compte du mode de début, généralement brusque ; de l'attitude, qui met ordinairement le membre inférieur dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans ; de la variabilité du siège des douleurs, qui sont en outre superficielles — alors que, dans la coxalgie, elle sont fixes et profondes — et se manifestent surtout au niveau des points de l'articulation qui sont plus particulièrement accessibles à l'exploration, c'est-à-dire, en avant, immédiatement en dehors des battements de l'artère fémorale, puis en arrière, immédiatement derrière le grand trochanter, et enfin dans l'articulation, quand on refoule la tête fémorale dans le cotyle, soit en frappant sur le grand trochanter, soit en appuyant sur le genou. J'ajoute que, dans la coxalgie hystérique, même lorsqu'elle dure depuis longtemps, vous constaterez rarement cette atrophie musculaire qui est un des signes les plus importants des arthrites tuberculeuses, ni les symptômes généraux, la fièvre notamment, qu'on observe souvent dans la coxo-tuberculose.

« Si, malgré tous ces caractères distinctifs que je viens d'énumérer, un doute persistait dans votre esprit, il vous serait toujours facile de le dissiper en endormant votre malade ; vous pourriez alors constater l'intégrité de l'articulation, s'il s'agissait d'une simple contracture hystérique. »

Nous ajouterons que le traitement de la coxalgie hysté-

rique consiste dans le massage qui doit, le plus souvent, amener une guérison rapide.

D[r] Marc Jousset.

Lombricose a forme typhoïde.

M. le D[r] Chauffard a publié une observation très intéressante d'accidents ayant simulé une fièvre typhoïde et causés par la présence dans l'intestin d'ascarides lombricoïdes. Comme le dit du reste très bien notre ancien collègue et ami, les progrès de l'hygiène ont fait disparaître presque complètement ces affections vermineuses qui jouaient un si grand rôle dans la pathologie d'autrefois. Malgré tout, on peut encore observer des affections vermineuses et nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici cette observation, qui est très convaincante.

« Quand ce jeune homme de 18 ans nous est arrivé, le 25 avril, son aspect était des plus misérables : saleté du corps, maigreur et faiblesse générale, physionomie atone et souffreteuse, traits tirés, aspect fortement cerné des yeux, tout indiquait un état sérieux, une affection abdominale en évolution.

« La sécheresse presque fuligineuse des narines et des lèvres, l'hébétude, une céphalée légère et diffuse, de l'insomnie, du gargouillement iléo-cæcal avec endolorissement général du ventre, un peu de tuméfaction splénique, tout cela éveillait l'idée d'une fièvre typhoïde, d'autant que le malade était déjà souffrant depuis une huitaine de jours, et avait eu deux épistaxis.

« Mais la langue, large, fortement saburrale, rouge seulement sur les bords, non tremblante, n'était pas celle

d'un typhique ; l'haleine était fétide ; il y avait de la constipation ; on ne constatait aucun signe anormal du côté du cœur, des poumons, du rein. Enfin il n'y avait, et pendant tout le cours de la maladie il n'y a eu aucune trace de taches rosées lenticulaires, bien qu'on les ait chaque jour recherchées avec le plus grand soin.

« Les 26, 27 et 28 avril, la température oscille entre 39° le soir et 38° le matin, le gargouillement iléo-cæcal disparaît, la sensibilité douloureuse de l'abdomen se localise dans la région pylorique, la constipation persiste, et l'on prescrit, le 29, 0 gr. 50 de calomel. Ce jour-là, épistaxis, et, le lendemain, évacuation dans les fèces d'un premier lombric. La température tombe à 37°,6.

« Le 1er et le 2 mai, 2 lombrics dans les fèces ; température normale, sauf le 2 au soir, où elle remonte à 38°,4.

« Le lendemain, 1 lombric est vomi, et dès lors le diagnostic de *lombricose* est nettement posé.

« Notons, pendant toute cette période de la maladie, la fréquence des épistaxis, qui se répètent le 2, le 3, le 4, le 6, et encore une dernière fois, plus tard, le 10 juin.

« On commence la médication anthelminthique, et je fais donner, le 3, 1 gramme de semen contra ; même dose le lendemain avec 0 gr. 60 de calomel. Résultat : 11 lombrics sont rendus le 5 et 4 le 6 mai.

« Le 7, nouvelle prise de 0 gr. 50 de calomel et 9 lombrics sont expulsés.

« Le 7, le 8 et le 9, la température, qui était redevenue normale, oscille entre 38° et 38°,5, puis la fièvre tombe d'une façon définitive.

« En même temps l'état général devient meilleur, la langue se nettoie, l'appétit reparaît, et le facies perd

l'aspect grippé, abdominal, qu'il avait conservé jusqu'alors.

« L'administration intermittente du semen contra (1 gramme par jour) est continuée, et chaque fois de nouveaux lombrics sont expulsés. Le 11 et le 12 : semen contra, 2 lombrics sont évacués ; le 18, le 19 et le 20 : semen contra, 2 lombrics ; du 24 au 30 mai : semen contra, 2 lombrics, et 1 encore le 1er juin ; les 7 et 8 juin : 2 grammes de semen contra, 2 lombrics ; le 15 et le 16 : 2 grammes de semen contra, 1 lombric le 17 et 1 le 20 ; c'est le dernier qui ait été rendu.

« Le malade avait ainsi évacué du 30 avril au 20 juin 39 *lombrics*, dont le plus long mesurait 32 centimètres. Encore verrons-nous qu'au moment de sa sortie de l'hôpital, notre vermineux n'était pas assuré d'une complète guérison : il n'y avait que trois jours que les fèces ne contenaient plus d'œufs d'helminthe.

« A partir du 18 mai, la convalescence était franchement établie, le faciès était redevenu normal, l'appétit et les forces faisaient chaque jour de nouveaux progrès, et le poids du corps, qui, le 14 mai était de 46 kilogrammes, atteignait près de 52 kilogrammes le 24 juin.

« Telle est, en résumé, l'histoire de ce malade : bien singulière, à coup sûr, bien instructive, et rappelant trait pour trait les fièvres gastro-vermineuses des auteurs du siècle dernier, la fièvre putrido-vermineuse décrite en 1770 par Lepecq de la Clôture. »

Nous devons remarquer, en premier lieu, la quantité considérable de lombrics rejetés par le malade. Du reste, c'est l'évacuation spontanée de ces vers qui a mis sur la voie du diagnostic exact, car, au début, M.Chauffard pensait à une fièvre typhoïde et certes les principaux symptô-

mes devaient le pousser dans cette voie, malgré quelques particularités qui militaient contre ce diagnostic.

D[r] MARC JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

THYROIDINE ET CORPS PITUITAIRE

Corps thyroïde dans le lupus. — Thyro-antitoxine. — Idiotie sans myxœdème amélioré par le traitement thyroïdien. — Acromégalie. — Action de la glande pituitaire et de la glande thyroïde.

LUPUS VULGAIRE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR L'EXTRAIT THYROIDE.

Un jeune homme, âgé de 23 ans, qui était atteint depuis son enfance d'un lupus ayant amené des destructions étendues de la peau du nez, des joues et du cou, fut soumis par M. le D[r] A. Malcolm Morris, lecteur de dermatologie à St-Mary's Hospital Medical School de Londres, à l'usage interne de tablettes d'extrait thyroïde de la dose de une à cinq par jour. Lorsque ce traitement fut commencé l'affection était en voie de progression active ; mais depuis elle a subi un arrêt manifeste, et même toutes les ulcérations ont guéri. Le traitement dure depuis dix-neuf mois. Localement on s'est borné aux applications d'une simple pommade antiseptique faible. Au début le malade a présenté, sous l'influence de l'extrait thyroïde, une accélération considérable du pouls, des accès de fièvre et de l'anorexie, mais dans la suite ces troubles ont disparu et l'état général est resté excellent.

L'ANTITOXINE THYROIDIENNE, ÉLÉMENT PHYSIOLOGIQUE ACTIF DE LA THYROIDE.

Le Dr *Frænkel* a fait ensuite une communication sur l'antitoxine thyroïdienne, élément physiologique actif de la thyroïde (avec démonstrations chimiques). Dans ce but on a préparé des extraits à froid et à chaud de la thyroïde desséchée du mouton, dont on peut séparer presque entièrement par l'acide acétique les corps albuminoïdes. Pour savoir si c'est le précipité qui contient les albuminoïdes ou le filtrat qui est actif, le précipité bien lavé a été donné à l'intérieur à deux individus ayant de l'embonpoint et à un chien gras ; mais au bout de dix jours la perte de poids éprouvée n'était pas considérable.

Par contre, Frænkel même absorba le filtrat neutralisé et subit une diminution quotidienne de poids s'élevant à 300 grammes, pendant six jours. En outre le pouls devint très accéléré. C'était donc le liquide filtré qui était actif. En condensant le liquide on obtenait un sirop se prenant en gelée par le refroidissement. Mais la gélatine fut reconnue inactive. Les corps albuminoïdes et gélatineux de la macération thyroïdienne furent donc précipités par le plomb, le précipité fut filtré, et la filtration débarrassée du plomb par l'acide sulfureux. Le liquide sirupeux fut alors condensé, repris par l'alcool, et l'on put recueillir en quantité par l'éther ou l'acétone une substance cristallisable ayant des propriétés chimiques que démontre Frænkel. L'analyse élémentaire de l'acétate a donné : C = 36, 64 p. 100, H = 5, 56 p. 100, Az = 20, 5 p. 100, ce qui donne la formule empirique $C^7H^{11}Az^3O^5$. C'est cette substance chimiquement pure qui est désignée d'après ses propriétés physiologiques sous le nom d'antitoxine thyroïdienne.

Il s'agit probablement d'un corps de la série de la guanidine. Mais au point de vue de sa constitution, ce corps demande encore d'autres recherches. D'autres expériences ont eu pour but de résoudre la question de l'identité de cette substance, avec le principe actif de la thyroïde. J'en ai déjà parlé dans la *Médecine moderne*, je rappelle seulement que ces expériences sont semblables à celles que Gley a faites chez les animaux thyroïdectomisés avec le suc thyroïdien. L'antitoxine thyroïdienne est sans odeur, d'un goût agréable : elle est exactement dosable, c'est un corps bien caractérisé au point de vue chimique, n'ayant pas les actions secondaires désagréables de la substance thyroïdienne et paraissant bien plus que celle-ci appropriée à l'usage thérapeutique. (Dr H. Weiss.)

Nous croyons qu'il y aurait là un moyen plus scientifique pour préparer le principe actif du corps thyroïde et que nous pourrions nous en servir pour nos préparations de *thyroïdine ;* nous aurions ainsi un principe mieux dosé et toujours le même, les macérations de corps thyroïdes dans la glycérine que nous employons aujourd'hui pouvant être plus ou moins actives suivant la qualité de la glande dont se servent nos pharmaciens.

Idiotie sans myxœdème améliorée par le traitement thyroïdien.

M. Netter rapporte un cas d'idiotie, sans myxœdème, amélioré par le traitement thyroïdien. Il s'agit d'un enfant idiot âgé de 6 ans, qui présenta, à un moment donné, avec les symptômes d'une cachexie progressive, de la bouffissure de la face, de l'épaississement de la peau des jambes, en même temps que l'on décelait dans les urines la présence d'une albumine spéciale de

nucléo-albumine. La cachexie, l'œdème, l'épaississement de la peau et la nucléo-albumine disparurent sous l'influence du traitement thyroïdien. Chez cet enfant la palpation ne permettait pas de reconnaître la moindre trace de corps thyroïde (1).

SUR UN CAS D'ACROMÉGALIE.

M. Mendel. — La jeune fille que je vous présente est âgée de 25 ans ; il y a dix ans elle a été atteinte d'une tuméfaction à la partie antérieure du cou, tuméfaction que l'on combattit par des badigeonnages de teinture d'iode. Ses règles se montrèrent pour la première fois à l'âge de 16 ans et disparurent définitivement à l'âge de 23 ans. Vers la même époque, cette malade se plaignit de maux de tête.

Il y a un an et demi, cette jeune fille qui, jusque-là, gantait du 6, fut obligée de prendre du 6 3/4 ; ses pieds augmentèrent aussi de dimensions. Le mois passé, elle vint me consulter. Je constatai une hémianopsie bi temporale typique, ainsi qu'une saillie anormale des deux sourcils et des os malaires ; le nez paraissait augmenté de volume ; les lèvres étaient boursouflées. Depuis quelques mois la malade ne peut plus fermer la bouche ; ses mains et ses pieds sont augmentés de volume dans tous les sens.

En outre, il existe une scoliose de la partie inférieure de la colonne cervicale et de la partie supérieure de la colonne dorsale, de sorte que la tête est un peu penchée en avant. Les réflexes rotuliens sont abolis.

En dehors de ces phénomènes, la malade ne présente rien de particulier et elle jouit d'une bonne santé. Ce

(1) *Semaine médicale*, 4 décembre 1895.

qu'il y a de plus intéressant chez elle, c'est l'existence d'une hémianopsie ; cette complication n'a été signalée que neuf fois dans l'acromégalie, et encore n'était-elle pas aussi prononcée que dans ce cas.

Cette hémianopsie est peut-être la conséquence d'une compression exercée par la glande pituitaire sur le chiasma des nerfs optiques. Les altérations de cette glande au cours de l'acromégalie ont été signalées par différents auteurs, et l'on sait qu'on a eu l'idée, pour guérir les acromégaliques, de leur faire ingérer de la glande pituitaire d'animaux.

J'ai fait prendre tout d'abord à ma malade des tablettes de corps thyroïde, mais cette médication n'ayant eu aucun résultat, depuis quinze jours je lui fais ingérer 1 gramme de glande pituitaire par jour.

Cette médication a été instituée trop récemment pour qu'elle ait pu produire ses effets ; cependant la malade dit qu'elle peut mieux fermer la bouche ; en outre, le réflexe rotulien du côté gauche a reparu.

M. Ewald. — L'insuccès de l'administration des tablettes de thyroïdine, chez la malade de M. Mendel, n'a rien de surprenant car M. E. Schaefer a démontré que, loin de se suppléer, la glande pituitaire et la glande thyroïde avaient des actions opposées.

Une injection de suc thyroïdien fait diminuer la pression sanguine et dilate les artères périphériques, tandis qu'une injection de substance de suc de glande pituitaire détermine les phénomènes inverses.

ACTION DE LA GLANDE PITUITAIRE ET DE LA GLANDE THYROIDE.

M. Mendel a présenté à la *Société de médecine berlinoise* (séance du 27 novembre), une jeune femme atteinte

d'acromégalie et notablement améliorée par l'emploi des glandes pituitaires de mouton, en nature.

L'histoire de cette malade est assez compliquée en ce sens que chez elle on trouvait à la fois les symptômes du goitre et ceux d'acromégalie. Bien portante jusqu'à l'âge de seize ans, elle s'est aperçue à ce moment que son cou augmentait de volume. Un médecin consulté, diagnostiqua un commencement de goitre et ordonna de l'iodure de potassium qui réussit fort bien à la malade. Il y a deux ans, c'est-à-dire à l'âge de vingt-trois ans, la malade jusqu'alors bien réglée, fut prise de suppression des règles, puis de céphalalgie et d'hémianopsie. L'aménorrhée resta absolue, lorsqu'il y a six mois la malade s'aperçut que ses mains et ses pieds augmentaient de volume. C'est à cette époque que la malade alla consulter M. Mendel qui trouva les déformations caractéristiques de l'acromégalie (hypertrophie des arcades sourcilières et des pommettes, augmentation de volume avec saillie de la mâchoire inférieure, hypertrophie des mains et des pieds, etc.), et l'hémianopsie bitemporale. Comme traitement, M. Mendel essaya d'abord le classique extrait thyroïdien ; puis lorsque la médication thyroïdienne échoua d'une façon absolue, M. Mendel se rappelant alors l'existence de l'hémianopsie bitemporale et le rôle étiologique des lésions de la glande pituitaire, mit la malade au régime de glandes pituitaires crues de mouton, 1 gramme par jour. La malade suit le nouveau traitement depuis quinze jours seulement, et malgré ce court espace de temps, l'amélioration est déjà manifeste : la malade peut fermer la bouche, le réflexe rotulien du côté gauche est revenu. La malade se sent mieux, bref tout fait prévoir le succès complet de la nouvelle médication.

La glande thyroïde a encore eu les honneurs d'une longue séance à la *Société médicale de Hambourg* (séance du 19 novembre). La communication de *M. Ratjen* sur un cas de myxœdème idiopatique pris pour de l'obésité et guéri par les tablettes thyroïdiennes, a eu pour résultat de soulever une discussion passionnée sur la question de savoir si l'extrait thyroïdien fait repousser ou fait tomber les cheveux. *M. Ratjen* affirmait que chez sa malade les cheveux ont repoussé pendant le traitement. Par contre *M. Arning* a cité un cas de sclérodermie et *M. Saeger* un cas de myxœdème où, à la suite du traitement thyroïdien, les malades perdirent leurs cheveux qui ne repoussèrent plus. *M. Kummel* enfin a cité un cas tout à fait extraordinaire : le malade avait, au cours de son myxœdème, perdu presque tous les cheveux de la tête en même temps que sa figure, ses bras et son thorax se couvrirent de poils nombreux ; or sous l'influence du traitement thyroïdien les cheveux repoussèrent sur la tête, tandis que les poils qui ont poussé sur la figure, les bras et le thorax sont tous tombés. Ce cas a été communiqué à M. Kummel, par M. von Eiselsberg.

A Vienne aussi on a parlé à la même époque de la glande thyroïde ; au *Club médical* (séance du 4 décembre), notamment, *M. Fischer* a fait une communication, sorte de revue d'ensemble, sur les rapports entre la glande thyroïde et l'appareil génital de la femme. Voici les faits que M. Fischer a cités à l'appui de cette thèse.

Tout d'abord le fait connu depuis longtemps, à savoir la fréquence chez les femmes des affections relevant d'une lésion de la glande thyroïde : goitre, myxœdème, sclérodermie, adipose, maladie de Basedow. En second lieu, on sait que pendant la puberté, puis pendant la grossesse

(dans deux tiers des cas) on observe une tuméfaction de la glande thyroïde ; on sait également que la grossesse aggrave le goitre préexistant, semble prédisposer au myxœdème qui ne s'observe que chez les multipares et agit de la même façon sur la maladie de Basedow dont les premiers symptômes n'apparaissent souvent qu'au cours d'une grossesse. Les autres preuves citées par M. Fischer sont : la fréquence de l'aménorrhée chez les basedowiennes et les myxœdémateuses : la fréquence des avortements et des accouchements avant terme chez les femmes atteintes de goitre ; l'atrophie des organes génitaux chez les animaux thyroïdectomisés, l'atrophie de l'appareil génital chez les femmes atteintes de maladies de Basedow.

L'édifice de M. Fischer semble donc tenir debout. Mais *M. Steinberg* n'a pas eu beaucoup de peine à montrer que si, dans certains cas, la grossesse semble provoquer la maladie de Basedow, dans d'autres cette même maladie est fort bien influencée, améliorée par la grossesse ; que certaines basedowiennes ont de l'excitation sexuelle, ce qui ne cadrerait guère avec l'atrophie des organes génitaux qui, du reste, n'est nullement constante et est loin d'être même fréquente. *M. Scheire*, d'un autre côté, a fait observer que les rapports établis par M. Fischer entre le goitre et la grossesse, peuvent tenir tout simplement à des troubles de la circulation provoqués par la grossesse. *M. Weiss* enfin a cité le cas d'une femme atteinte de maladie de Basedow et chez laquelle une grossesse intercurrente avait amené la disparition de la plupart des symptômes. A la fin de la discussion, il ne restait donc plus grand'chose de l'argumentation de M. Fischer.

MM. Haushalter et *Guérin* rapportent l'histoire d'un idiot âgé de 6 ans n'offrant nullement l'habitus de l'idiotie

myxœdémateuse qui, à un moment donné, présenta tous les symptômes d'une cachexie progressive, de la bouffissure de la face, de l'épaississement de la peau des jambes en même temps que l'on décelait dans les urines la présence d'une albumine spéciale que les auteurs rattachent à la nucléo-albumine. La cachexie, l'œdème, l'épaississement de la peau et la nucléo-albuminurie disparurent sous l'influence du traitement thyroïdien. Chez cet enfant le palper ne permettait pas de reconnaître la trace du corps thyroïde.

D[r] J.-P. Tessier.

HYGIÈNE

DÉSINFECTION DES APPARTEMENTS PARTICULIERS.

Le problème de la désinfection des locaux habités est loin d'être définitivement résolu. L'administration de l'assainissement de Paris, qui tend aujourd'hui à monopoliser complètement le service de la désinfection, s'est arrêtée jusqu'ici aux pulvérisations d'une solution de sublimé, rendu plus soluble par une addition d'acide tartrique ou de chlorure de sodium. Malgré les critiques faites par Geppert sur l'efficacité du sublimé, les réserves soulevées sur l'emploi de cet agent par Arnould dans son volume sur la désinfection publique, c'est encore le procédé qui paraît avoir donné les meilleurs résultats. Il présente sur l'emploi des vapeurs désinfectantes cet avantage considérable de permettre la réintégration immédiate des habitants d'un logement après la désinfection.

Toutefois, on objecte aux pulvérisations de sublimé

deux griefs qui expliquent et justifient les recherches tentées pour lui substituer un autre agent : la puissance de pénétration du spray mercurique est forcément limitée, malgré une attention soutenue, un grand nombre de coins, d'anfractuosités, de replis d'étoffes échappent à son action ; en outre, il détériore parfois certains objets luxueux et il en résulte que le public cherche alors à protéger ses objets contaminés ou tout au moins suspects, de l'action de l'antiseptique.

Dégager dans la pièce infectée une substance antiseptique sous forme de vapeur ou de gaz, non dangereuse à respirer, d'un grand pouvoir de pénétration, à odeur non persistante, tel est le problème à résoudre.

Nous n'insisterons pas sur les vapeurs de soufre, de chlore. Les recherches récentes sur l'action de l'acide sulfureux montrent que son action, quoique réelle, est trop aléatoire. En Angleterre, cependant, depuis l'emploi de récipients d'acide sulfureux liquéfié, qui simplifient le maniement en éloignant tout danger d'incendie, on paraît revenir à son utilisation. Les fumigations de chlore (chlorine, euchlorine) sont également employées, les recherches de Delépine et de Ransome poursuivies sur les effets antiseptiques de ces vapeurs sur le bacille tuberculeux sont cependant peu favorables. Des papiers de tentures imprégnés de cultures virulentes étaient placés dans la pièce remplie de vapeurs de chlore, puis des cobayes étaient inoculés avec les raclures des papiers mêlées à du bouillon stérilisé. Sur seize animaux inoculés, huit deviennent tuberculeux. Dans tous les cas, ces vapeurs sont corrosives, abîment les tentures et rendent la pièce inhabitable plusieurs jours.

L'aldéhyde formique, étudié par Lœw, Trillat, Miquel,

Cambier, Bardet, paraît jusqu'ici répondre le mieux aux desiderata des hygiénistes. C'est à lui que Miquel donne la préférence dans son travail sur la désinfection des poussières sèches des appartements.

Les vapeurs d'aldéhyde formique en solution à 1 p. 1.000 suffisent pour détruire à la longue la spore charbonneuse; mais avec des solutions plus fortes, à 1 p. 100 par exemple, cette action bactéricide est beaucoup plus rapide et là où l'acide sulfureux à haute dose, les pulvérisations de sublimé à 1 p. 1.000 ont échoué, l'aldéhyde formique dilué a suffi pour aseptiser la pièce.

C'est qu'outre leur pouvoir microbicide si énergique, les vapeurs d'aldéhyde formique possèdent la propriété précieuse d'être très pénétrantes, c'est-à-dire d'aller detruire les microbes dans la profondeur des sédiments accumulés sur une grande épaisseur.

Comme technique, rien de plus simple, on peut charger une pièce de vapeurs d'aldéhyde :

1° En aspergeant et arrosant le plancher avec une solution à 1 p. 100;

2° En exposant les solutions d'aldéhyde (1 à 5 p. 100) dans des cuvettes de bois, de porcelaine ou de grès;

3° En utilisant la réaction classique de Hoffmann pour la production de l'aldéhyde formique, combustion incomplète de l'alcool méthylique au contact de l'air et du platine incandescent. Nous n'avons pas ici à entrer dans la discussion de priorité sur l'utilisation de ce procédé, ni à discuter la valeur comparative du brûleur de Cambier et Brochet ou de la lampe formogène de Trillat. Tous ces appareils fournissent en quantité des vapeurs d'aldéhyde formique, mais, malheureusement aussi, une certaine quantité d'oxyde de carbone. Dans les expériences pour-

suivies par Cambier sous la direction de Gréant, on a toujours trouvé, dans le sang des animaux placés dans la pièce soumise à la désinfection, les bandes d'absorption caractéristiques de l'hémoglobine oxycarbonée. C'est là évidemment, un inconvénient à signaler.

De plus, après la désinfection par le formol, il persisterait pendant quelque temps une odeur désagréable, prenant à la gorge, odeur qui, dans certains cas, dépasserait la pièce désinfectée et atteindrait les pièces et les logements voisins. Mais, d'après Trillat, on peut éviter sûrement cet ennui en n'utilisant que de l'alcool méthylique rigoureusement pur à 95 degrés et en aérant largement immédiatement après la désinfection; de sorte, de deux à quatre heures après la désinfection toute odeur aura disparu.

Les observations sur la désinfection dans les appartements, par Cambier et Brochet (*Revue d'hygiène*, 20 février 1895), par Trillat (*Revue d'hygiène*, 20 août 1895), celles inédites poursuivies au Val-de-Grâce sont, en somme, favorables à cette méthode. L'Administration sanitaire de Paris hésite encore à en faire l'application, alors que l'industrie privée semble lui donner la préférence.

Comme nous n'avons pas l'habitude de recommander ni spécialités pharmaceutiques, ni spécialités industrielles, nous ne nommerons pas la société qui se charge à Paris de désinfecter les appartements au moyen du formol; mais nous pouvons dire par expérience, qu'au point de vue de la facilité, de la propreté, de la simplicité, on ne saurait établir de comparaison avec les autres procédés de désinfection. Et quant à la valeur du formol comme antiseptique, sa supériorité éclate dans toutes les expériences faites par les chimistes, les micrographes et les bactériologues les plus compétents. Dr J.-P. Tessier.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. — De l'emploi du tannigène dans le traitement de la diarrhée de l'enfance. — II. De la diminution de la mortalité par la diphtérie, en France, depuis l'emploi du sérum antidipthérique. — III. Sur un mode de traitement de l'impaludisme, par l'ingestion de la rate et de la moelle osseuse de bœuf. — IV. Variolo vaccine. — V. De l'atonie gastro-intestinale.

I

Séance du 3 décembre. — M. Moncorvo envoie une communication sur l'emploi du tannigène dans le traitement de la diarrhée dans l'enfance.

Le tannigène est une substance qui se présente sous la forme d'une poudre jaunâtre, insipide, inodore, insoluble dans l'eau et les solutions acides. Elle est le résultat de la combinaison à proportions définies du *diacétyl* et du *tannin*, et se dédouble lentement dans un milieu alcalin, mettant par suite en liberté le tannin.

Administré par la bouche, ce nouveau médicament passerait intact à travers la cavité gastrique, et ce n'est qu'en présence des sécrétions alcalines de l'intestin qu'il se décompose, le tannin agissant, en conséquence, directement sur la muqueuse qui le revêt, prétend M. Moncorvo.

Ce médicament aurait été essayé chez 21 enfants, pour des diarrhées de causes diverses. Le tannigène a été administré à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes par vingt-quatre heures, dans un julep donné en quatre ou cinq fois. Les petits malades l'ont bien accepté, cette substance étant insipide et inodore. La tolérance en a été parfaite, pas de vomissements, de gastralgies, de coliques, de renvois ni de malaises consécutifs. L'analyse de l'urine, au cours de l'administration, par l'addition de l'ammoniaque a donné la réaction caractéristique de l'acide gallique.

Quant à l'action thérapeutique, M. Moncorvo affirme qu'à l'exception de deux cas où il n'a pu suivre l'issue du traitement, il n'a eu qu'à enregistrer des succès assez prompts.

Souhaitons que les mêmes succès se produisent entre les mains de ceux qui essaieront ce nouveau médicament.

II

Séance du 17 décembre. — M. Henri Monod fait une communication sur la diminution de la mortalité par la diphtérie, en France, depuis l'emploi du sérum antidiphtérique.

Dans la population des 108 villes de France comptant plus de 20.000 habitants, et pendant le premier semestre des sept années antérieures de 1895, c'est-à-dire de 1888 à 1894, le nombre moyen des décès par la diphtérie avait été de 2.627 :

Pendant le premier semestre de 1895, le nombre de décès par diphtérie, dans cette même population, a été de 904.

La diminution est de 65,6 p. 100. La comparaison de ces deux périodes, mois par mois, donne les résultats suivants :

Mois	Nombre des décès par diphtérie dans les 108 principales villes de France		Diminution	
	Moyenne 1888-1894	1895	En chiffres absolus	p. 100
—	—	—	—	—
Janvier.....	469	205	264	56,2
Février.....	466	187	279	59,5
Mars.......	499	155	344	69,3
Avril.......	442	160	282	63,8
Mai........	417	113	304	72,5
Juin........	333	84	249	74,5

III

Séance du 24 décembre. — M. Brouardel lit un rapport sur un mode de traitement de l'impaludisme, par l'ingestion de rate et de moelle osseuse de bœuf, proposé par le Dr Critzman.

Dans plusieurs cas d'impaludisme chronique observés par M. Critzman à Bucarest, alors que les médications mises en usages avaient échoué, le Dr Critzman eut l'idée de faire ingérer à ses malades à chaque repas : 50 grammes de rate de bœuf, crue, hachée, délayée dans un jaune d'œuf et 10 grammes de moelle osseuse de bœuf. Les malades prirent ce mélange sans trop de répugnance.

Le résultat obtenu aurait été très encourageant. Dans un laps de temps qui varia de quinze jours à un mois, l'état général se releva, l'amaigrissement, des palpitations, l'œdème périmalléolaire, tous les signes de la cachexie cédèrent et l'amélioration fut manifeste.

M. Critzman a été guidé par l'idée théorique suivante : l'extirpation de la rate a pour conséquence une diminution du nombre des globules blancs. Or on admet l'importance capitale de ces cellules dans la défense de l'organisme contre toute invasion microbienne et notamment contre celle des hématozoaires de l'impaludisme. Pour M. Laveran ce serait la rate qui cacherait, neutraliserait, détruirait même les hématozoaires auxquels elle sert de repaire. Dans l'impaludisme chronique, la rate est sclérosée, la pulpe splénique, la partie active, est étouffée par la production du tissu scléreux, son rôle est donc amoindri ou supprimé. C'est dans le but de suppléer à cette fonction que M. Critzman a fait prendre à ses malades, de la pulpe de rate, mélangée à de la moelle osseuse dont les lésions dans l'impaludisme chronique sont presque aussi manifestes que celles de la rate.

IV

M. Hervieux communique un mémoire dans lequel il proteste contre l'identité et contre la substitution de la variolo-vaccine à la vaccine jennérienne et surtout contre la prétendue supériorité de la première sur la seconde. Les unicistes oublient, dit M. Hervieux, que leur variolo-vaccine n'est autre chose que la fille de la variolisation, cette pratique barbare qui pendant plusieurs siècles a régné sur le monde ancien, et qui sévit encore à l'heure actuelle sur presque toutes nos possessions africaines et asiatiques.

La variolo-vaccine n'étant autre chose qu'un virus variolique atténué, restera toujours un agent redoutable, tandis que la vaccine jennérienne a fait ses preuves, et que son pouvoir préservateur est établi par une expérience

séculaire. Et non seulement elle prévient la maladie qu'elle est appelée à combattre, mais encore peut la supprimer, moyennant le concours des revaccinations.

V

M. Clozier (de Beauvais) lit un travail dont voici les conclusions :

1° L'atonie gastro-intestinale peut et doit, le plus souvent, débuter dans la première enfance, pendant et par la lactation ;

2° Une hygiène défectueuse la crée et l'entretient ;

3° La mère favorise l'évolution de cette myosthénie, en introduisant chaque jour dans l'estomac de son enfant, une quantité de lait plus grande que ne le comporte la capacité de l'organe ;

4° Si l'on veut combler une lacune de tous points regrettable, des recherches s'imposent qui feront connaître la capacité normale de l'estomac chez l'enfant du premier âge ;

5° Il n'est pas moins important de savoir si le pylore doit laisser passer dans l'intestin une quantité, si petite soit-elle, de lait qui n'aurait pas subi la fermentation gastrique.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie a mis à l'ordre du jour et a discuté en plusieurs séances la question de l'intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires. Déjà au dernier Congrès de chirurgie, qui s'est tenu à Paris en octobre dernier, M. Reclus avait traité ce sujet à fond.

Après avoir rappelé que l'intervention dans les affections de poumon date de 1873, avec Mosler qui ouvre une caverne du poumon chez un tuberculeux de 59 ans, et avoir cité un certain nombre d'opérateurs qui intervinrent pour extirper des masses tuberculeuses, entre autres Tuffier qui résèque avec succès un sommet tuberculeux chez un jeune homme de 19 ans, et Lawson qui, chez une femme de 34 ans, après incision partant du sternum et suivant la seconde côte, résèque le sommet du poumon droit, après avoir provoqué le collapsus du poumon, par l'injection d'air stérilisé dans la plèvre, intervention qui fut aussi suivie de succès, M. Reclus émet les conclusions suivantes :

« La chirurgie pulmonaire n'obéit pas, comme le prétendait Gluk, aux mêmes lois que la chirurgie générale : ligature pour les vaisseaux ouverts, extirpation pour les tumeurs, incision pour les collections morbides. La structure de l'arbre aérien, ses fonctions dans l'hématose, ses rapports avec le cœur, l'existence d'une cavité pleurale, imposent une grande réserve et limitent vos interventions.

« La résection temporaire ou définitive d'une portion de la paroi thoracique pour atteindre une plaie pulmonaire et tarir une hémorrhagie mortelle à brève échéance peut être une ressource suprême qu'il faut connaître, mais elle est dangereuse et l'expérience ne l'a point encore sanctionnée.

« La résection des masses tuberculeuses doit être proscrite : en effet, si les lésions sont graves ou diffuses, elles nécessitent un délabrement trop étendu que supporterait mal l'organisme ; si le noyau de bacillose est cir-

conscrit, le traitement général en aura aussi facilement raison qu'une intervention qui n'est pas innocente.

« La pneumectomie dans les cancers primitifs n'est même pas discutable. Une tumeur accessible, unique et circonscrite, serait une rareté clinique que ne révéleraient pas nos moyens actuels d'investigation. A la rigueur, on pourrait comme Kronlein l'a fait, poursuivre jusque dans le poumon certains sarcomes propagés de la paroi thoracique. Mais ce ne sera jamais là qu'une chirurgie d'exception.

« Avec les lésions cavitaires l'intervention se précise et se généralise. Cependant, l'incision se pratiquera bien rarement pour les cavernes tuberculeuses et les ectasies bronchiques, car ces lésions sont presque toujours diffuses. En tous cas, la pneumotomie n'est alors que palliative.

« Au contraire, les kystes hydatiques, la gangrène et les abcès peuvent beaucoup bénéficier de l'incision; cette intervention est vraiment radicale et sauve souvent l'opéré. Aussi la pneumotomie ne saurait être trop recommandée dans ces cas et les médecins à qui est confiée cette catégorie de malades, ne devraient plus oublier cette ressource précieuse que leur offre la chirurgie.

« La technique de la pneumectomie varie trop suivant le genre de tumeurs qu'on attaque pour qu'on puisse en tracer les règles. Les manœuvres de la pneumotomie sont déjà plus précises : incision large des parties molles, résection suffisante des côtes, opération en deux temps ou suture rigoureuse des deux feuillets de la séreuse lorsque la plèvre est libre, ouverture du poumon avec le thermocautère au rouge sombre, pas d'injections dans la cavité, respect prudent des vaisseaux dont la rupture

provoquerait des hémorrhagies, drainage de la caverne avec des tubes souples et de la gaze iodoformée. »

Telles sont les conclusions du Dr Reclus qui résument on ne peut mieux la question. A la Société de chirurgie, la discussion commence avec l'observation rapportée par M. Reynier.

Il s'agit d'un homme de 64 ans, qui fut tamponné par les brancards d'une voiture entre la 4e et la 5e côte. On trouva à ce niveau une petite tumeur gazeuse. L'état du malade était grave : dyspnée intense.

M. Reynier fait une incision et tombe sur une hernie du poumon qui s'était faite par une brèche du thorax. Le poumon saignant, on le suture et on le rentre. Dès le lendemain, la dyspnée a disparu et l'amélioration est notable. Guérison rapide.

M. Poirier a soigné un matelot pour un enfoncement des côtes, avec emphysème généralisé et hernie du poumon, sans plaie cutanée. Il a pu réduire la hernie du poumon et mettre un appareil contentif. Le malade a guéri.

M. Tuffier dit que les indications opératoires dans les hémothorax sont difficiles à préciser, et rapporte à ce sujet 3 cas dont 2 par balles de revolver qui furent suivis de guérison sans intervention.

La pleurotomie en un temps peut être quelquefois, d'après M. Tuffier, la méthode de choix. D'autres fois il faut faire la pleurotomie en deux temps, en décollant dans un premier temps la plèvre pariétale dans l'étendue de l'incision thoracique. On ouvre la plèvre dans un second temps.

Un homme de 50 ans, est atteint d'un abcès gangreneux du poumon suite de pneumonie. L'état général est très mauvais.

M. Tuffier incise l'espace intercostal, sur la ligne axillaire dans le huitième espace, il décolle la plèvre pariétale dans l'étendue de son incision. Il palpe le poumon et ne trouve rien. Il résèque une partie de la huitième côte. Il décolle sur une grande étendue la plèvre pariétale en remontant. En haut et en avant il tombe sur un point induré. Il incise alors la plèvre pariétale à ce niveau, après avoir garni de gaze iodoformée le sinus costo-pleural produit par ce décollement de la plèvre.

Du pus gangreneux et des matières infectes sortirent. Lavage et tamponnement de la cavité. Les suites opératoires furent parfaites, ajoute M. Tuffier. Pas si parfaites cependant puisque le malade a succombé quelques jours après.

Donc pour M. Tuffier, quand on doit opérer sur le poumon et qu'on ignore le siège exact de la lésion pulmonaire, il est utile de décoller la plèvre pariétale, créant ainsi un simple pneumothorax externe. La plèvre se décolle facilement surtout au milieu d'un espace intercostal. On explore alors le poumon dans une grande étendue.

M. Ricard croit que l'incision franche de la plèvre sera supérieure au décollement de Tuffier.

Pour M. Bazy l'exploration directe du poumon, par quelque procédé que ce soit, ne sera jamais qu'une opération d'exception. Il pense que le pneumothorax externe créé par le décollement de M. Tuffier, ne doit pas se combler facilement. D'ailleurs, ajoute-t-il, le décollement de la plèvre pariétale n'est pas aussi facile que le prétend M. Tuffier.

M. Quénu trouve qu'il est dangereux d'ouvrir largement la plèvre.

M. Segond a fait cinq fois la pneumotomie. Dans 3 cas il a eu affaire à des abcès interlobaires. Pour lui, l'auscultation et la percussion médicales ont une très grande valeur pour indiquer au chirurgien le siège de la lésion pulmonaire.

M. Monod est intervenu trois fois pour des lésions suppurées du poumon. Les 3 malades ont guéri Pour atteindre les foyers pulmonaires, il faut, dit M. Monod, se guider sur l'examen médical. Mais le plus souvent les foyers sont plus profonds qu'on ne croit. L'examen direct de la plèvre ne sert pas à grand'chose. Il faut explorer le poumon directement avec le doigt. Le pneumothorax n'est pas fort à craindre dans ces cas, car le poumon est d'ordinaire adhérent.

M. Terrier a fait la pneumotomie dans deux cas d'abcès du poumon, dont le point de départ avait été le foie. Ses deux opérés ont guéri assez lentement cependant. En résumé, les chirurgiens que nous venons de citer n'ont eu à intervenir que dans des cas de kystes hydatiques, de gangrène ou d'abcès de poumon. C'est dans ces cas seulement, comme l'a dit M. Reclus, que l'intervention est vraiment radicale et sauve souvent le malade.

Quant au procédé opératoire, les uns, avec MM. Tuffier, Berger, Michaud et Quenu préfèrent le décollement pleuro-pariétal, pour rechercher le foyer, lorsque l'exploration médicale, qui doit toujours être faite la première, n'a pas indiqué le siège exact ni la profondeur de la lésion pulmonaire. Les autres, avec MM. Bazy et Ricard, incisent franchement la plèvre.

Le premier procédé paraît être préféré par la majorité des membres de la Société de chirurgie.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. 1.600 GRAMMES DE SOUS-NITRATE DE BISMUTH EN 80 JOURS. II. DU MÉNINGISME CHEZ LES ENFANTS. — III. TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE PAR LA PONCTION SUIVIE DU LAVAGE A L'EAU STÉRILISÉE. — IV. ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE 117 ANGINES SCARLATINEUSES. — V. GUÉRISON RAPIDE DE L'ICTUS LARYNGÉ PAR L'ANTIPYRINE. — VI. MORT PAR OBSTRUCTION STERCORALE DU CÆCUM CHEZ UN GARÇON DE 19 ANS.

I

(*Séance du 6 décembre.*) — M. ALBERT MATHIEU raconte l'observation suivante.

« Cette année, dans le cours de la seconde quinzaine de juin, j'ordonnai à un hyperchlorhydrique hypersécréteur contre des douleurs stomacales très intenses, 15 grammes de sous-nitrate de bismuth à prendre en une seule fois, le matin, et 5 grammes le soir. On lui donnait de plus chaque jour 1/2 milligramme de sulfate d'atropine. Les effets de cette médication furent excellents.

« Je partis en vacances à la fin de juin et ne repris la direction du service qu'au 1er septembre. Le dyspeptique en question prenait encore du bismuth. Je crus qu'après l'avoir suspendu, on le lui avait de nouveau récemment prescrit. Le médicament ne fut donc supprimé que vers le 10, lorsque je sus que son administration avait été continuée sans interruption depuis le mois de juin.

« Il avait donc pris, en quatre-vingts jours, environ 1.600 grammes de sous-nitrate de bismuth. Il était enchanté, le bismuth continuant à faire disparaître ses douleurs. Il était aussi resté soumis au régime lacté absolu.

« Cette longue ingestion de sous-nitrate de bismuth n'avait produit aucune action nocive sur l'état général. Le malade n'avait pas perdu de poids et se sentait plutôt mieux et plus fort.

« Ses dents étaient depuis longtemps incrustées de tartre et ses gencives irritées et saignantes. L'usage prolongé du bismuth ne paraît pas avoir sensiblement exagéré ce léger degré de stomatite. Y a-t-il eu un liséré analogue au liséré saturnin? Je n'ai pas pensé à le rechercher au commencement de septembre. Actuellement, il n'y en a pas; il n'y a pas non plus de tatouage des joues.

« Par contre, au commencement de septembre, il y avait nettement un certain degré de *pigmentation de la face* absolument analogue au masque de la grossesse. Depuis que le bismuth a été supprimé, cette pigmentation a beaucoup diminué. Actuellement, elle a presque complètement disparu. Il n'y a pas eu de pigmentation exagérée sur les autres régions du corps.

« L'ingestion de cette quantité énorme de bismuth, par doses quotidiennes, n'a pas provoqué de constipation trop intense. Les matières étaient dures, leur évacuation un peu difficile, mais régulière. »

M. Hayem rappelle le fait qu'il a rapporté à la séance précédente : l'histoire de ce malade atteint d'ulcère rond, traité par l'ingestion quotidienne du bismuth à hautes doses et ayant continué de lui-même ce traitement pendant dix-huit mois, ce qui donna une quantité énorme de bismuth absorbée, sans aucun symptôme d'intolérance.

II

(*Séance du 20 décembre*). — M. Comby a propos de pseudo-méningites, du *méningisme*, comme on dit aujour-

d'hui, fait une communication sur le méningisme chez les enfants. Il conteste avec raison un certain nombre de guérisons de méningites tuberculeuses, à propos d'un mémoire où l'auteur aurait eu six guérisons sur treize cas. Il lit ensuite quatre observations d'enfants ayant présenté des accidents méningitiques, terminés par la guérison, et dont trois au moins paraissent sous la dépendance de la grippe. Nous croyons que le terme de *méningisme* est mal appliqué dans ces cas, qu'il faut le réserver, comme celui de *péritonisme*, à des accidents survenant sous l'influence de l'hystérie et en dehors des manifestations grippales. Il peut y avoir dans ces cas de véritables localisations sur les méninges, de véritables méningites même, bien qu'elles ne soient pas tuberculeuses. Les deux cas rapportés dans la séance suivante (27 *décembre*) par M. Galliard semblent devoir bien mieux relever du *méningisme* ; dans ces deux cas, il n'y avait aucune fièvre.

C'est aussi sur cette absence de fièvre et sur la guérison survenant rapidement après un état assez longtemps stationnaire que se fonde M. Moutard-Martin pour faire le diagnostic de ces accidents pseudo-méningitiques, comme pour faire le diagnostic des accidents pseudo-péritonitiques dont il rapporte un exemple probant.

Parmi les affections qui peuvent en imposer pendant quelque temps pour une méningite tuberculeuse, M. Comby a oublié de signaler l'otite moyenne ; j'en ai observé deux cas très typiques.

Il y a une dizaine d'années, j'étais appelé dans une famille pour un enfant de 4 ans, malade depuis quelques jours, que je trouvai somnolent, avec le sommeil agité, anorexie, tristesse ; il y avait en même temps de la céphalalgie, de la constipation, des vomissements, un peu de

fièvre ; cet état persista environ une semaine et se termina brusquement par un écoulement d'oreille, qui amena le calme et fit disparaître tous les symptômes de méningite. J'ai observé un second cas cette année à l'hôpital Saint-Jacques sur une petite fille dont l'observation est complètement identique à la précédente.

III

Depuis quelques années, on a rapporté un certain nombre de guérisons de péritonites tuberculeuses par la *laparotomie*, par la ponction suivie de *lavage à l'eau boriqué*, au *naphthol camphré*, etc. Dernièrement M. Netter a publié un cas montrant que les injections au naphthol camphré ne sont pas toujours sans inconvénient.

MM. Caubet et Baylac viennent de guérir une péritonite tuberculeuse par une ponction suivie d'un lavage à l'eau stérilisée chaude.

Voici l'observation résumée :

Raymond P..., âgé de 17 ans, entré dans le service le 15 décembre 1894.

Ses parents sont en bonne santé et lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse.

A 15 ans, il quitte la campagne et va dans la ville voisine, où il contracte la grippe pendant l'hiver de 1893-1894 : céphalalgie, fièvre et bronchite. La convalescence est longue : il reprend difficilement ses forces ; son appétit est diminué et présente de l'amaigrissement.

En même temps, son ventre augmente de volume et nécessite au mois d'octobre 1894 un traitement médical. Malgré le repos, le régime lacté, l'emploi des diurétiques et l'application de cataplasmes, il ne se produit pas d'amélioration.

Le 20 décembre, le malade entre dans le service.

Il est pâle, amaigri, mais bien constitué. Appétit diminué; alternatives de diarrhée et de constipation.

Le ventre mesure 91 centimètres au niveau de l'ombilic. La fluctuation est manifeste et la zone de matité remonte à 23 centimètres au-dessus du pubis et 7 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les urines sont diminuées de volume : 650 centimètres cubes environ par vingt-quatre heures ; pas d'albuminurie.

Poumon ; au sommet droit et en avant, diminution de la sonorité et de l'élasticité, augmentation légère des vibrations vocales, retentissement de la voix, inspiration rude, saccadée, expiration prolongée ; pas de craquement.

Le côté gauche paraît sain. Rien d'anormal du côté du foie, de la rate et du cœur. Toux sèche, quinteuse, sans expectoration.

Micropolyadénites en grains de plomb aux aines, aux aisselles et ganglions plus volumineux dans les régions sous-maxillaires.

Pas de glycosurie alimentaire, malgré l'absorption de 150 grammes de sirop de sucre.

Nous portons le diagnostic de péritonite tuberculeuse ascitique.

Le 20 décembre 1894, nous pratiquons la paracentèse à l'aide d'un trocart de 3 millimètres de diamètre ; nous retirons 7 litres 1/2 d'un liquide jaune citrin d'un aspect louche et l'examen, fait par M. le professeur agrégé Gérard, décèle une composition analogue à celle des liquides d'origines inflammatoires.

Immédiatement après l'évacuation, nous procédons au

lavage du péritoine avec de l'eau stérilisée portée à la température de 46 degrés; nous injectons ainsi dans l'abdomen 10 litres d'eau; 1 litre environ est abandonné dans la cavité péritonéale.

Cette opération est très bien supportée par le malade, qui n'accuse aucune douleur.

Le ventre est soigneusement bandé après avoir été recouvert d'ouate.

Les suites opératoires furent excellentes : il n'y a eu ni vomissement, ni douleur, ni fièvre. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 37°,5.

Localement tout s'est borné à la sensibilité au toucher et à des douleurs spontanées pendant la miction et la défécation.

Le quatrième jour, l'ascite avait complètement disparu et par la palpation on constatait au niveau de l'ombilic un véritable empâtement; dans les flancs et dans les fosses iliaques les anses intestinales paraissaient épaissies et peu mobiles.

Les jours suivants tous ces symptômes s'amendaient, le volume du ventre devenait moindre; en même temps la sécrétion urinaire augmentait.

Le malade se lève le 10 janvier et quitte l'hôpital le 20.

Toute trace d'épanchement a disparu. L'empâtement n'existe plus que dans le flanc droit. Le malade a augmenté de poids; il a bon appétit : digestions faciles, selles régulières.

En revanche, les phénomènes pulmonaires du sommet droit ne se sont pas modifiés.

Nous revoyons le malade au mois de mai et au mois d'août. L'amélioration persiste; les phénomènes abdomi-

naux ont à peu près disparu. Seul l'état du poumon est stationnaire.

Au mois de décembre 1895, nous apprenons que le malade, malgré nos conseils, a contracté un engagement dans l'armée.

Cette observation est le point de départ d'une discussion où chacun vient apporter son contingent à la question.

M. Siredey lit l'observation d'une malade atteinte de péritonite tuberculeuse, qu'il a été sur le point de traiter par la ponction et l'injection de naphthol camphré. Mais le cas malheureux signalé par M. Netter l'ayant fait réfléchir, il attendit une quinzaine avant de se décider; pendant ce temps survint une certaine amélioration qui s'accentua peu à peu et M. Siredey observa quelque temps après la guérison spontanée de cette péritonite.

M. Rendu ne voudrait pas laisser s'accréditer l'opinion que la péritonite tuberculeuse doit se terminer favorablement sans intervention. Il observe en ce moment une malade qui a été soignée dans son service en son absence par M. Giraudeau, qui n'osa pas employer les injections de naphthol camphré; lui-même hésita pendant trois semaines avant de se décider, puis n'injecta que 5 gr. de naphthol au lieu de 10; après une amélioration très marquée, il y a eu une rechute complète, pour laquelle M. Routier a fait une laparotomie suivie de lavage à grande eau de la cavité abdominale et d'un badigeonnage des anses intestinales avec un pinceau imbibé d'iodoforme; l'amélioration consécutive à l'opération paraît devoir devenir durable. M. Rendu conclut de son observation qu'il n'y a pas lieu d'attendre trop longtemps avant d'intervenir.

M. Merklen rapporte l'histoire d'une jeune fille atteinte d'une péritonite tuberculeuse ayant simulé un kyste de l'ovaire (diagnostic de quatre chirurgiens très compétents); la laparotomie fit reconnaître une granulie péritonéale : les suites de l'opération furent simples, mais le liquide se reforma assez rapidement. Des séjours prolongés au bord de la mer ont amené une guérison complète depuis deux ans.

M. Hayem croit que M. Caubet aurait mieux fait de remplacer l'eau stérilisée chaude par de l'eau légèrement salée qui se rapproche davantage des liquides de l'organisme et est mieux tolérée par les divers tissus.

IV

M. Lemoine communique les résultats de ces recherches bactériologiques dans une épidémie de scarlatine observée au Val-de-Grâce.

« Sur ces 107 angines, 79 étaient pseudo-membraneuses et 38 ne présentaient aucun exsudat. Toutes appartiennent à la période du début de cette affection, car je n'ai eu à observer qu'un seul cas d'angine tardive qui rentrait d'ailleurs dans la catégorie des angines diphthériques à bacille de Loeffler.

« Les recherches bactériologiques ont démontré :

« La présence du streptocoque seul dans 93 cas.

« La présence du streptocoque associé au bacille de Loeffler dans 5 cas.

« La présence du streptocoque associé au staphylocoque dans 8 cas.

« La présence du streptocoque associé au coli dans 1 cas ».

Au point de vue de la gravité des cas, les angines avec

association du bacille diphthéritique ou du bacillum coli ont été beaucoup plus intenses.

V

M. Merklen a fait, à la Société médicale des hôpitaux, dans une séance antérieure, une communication, que nous avons rapportée, sur un cas d'ictus laryngé assez rapidement guéri par l'antipyrine.

Deux observations de guérison rapide lui ont été communiquées depuis, l'une par M. Lermoyez, l'autre par M. Tuefferd (de Montbéliard). Dans le premier cas, 2 gr. d'antipyrine par jour pendant cinq ou six jours, puis 0 gr. 50 pendant cinq jours ont amené la guérison. Dans le second cas, où les crises étaient très violentes et très rapprochées, on donne aussi 2 grammes d'antipyrine par jour. Dès la première dose, « l'ictus vrai a cessé, mais a été remplacé chaque jour, généralement une seule fois, par un vertige précédé de chatouillement dans la gorge ».

Quelques jours après la guérison était complète.

VI

M. Hirtz rapporte l'observation suivante, intéressante à plusieurs titres :

Le 13 novembre, entre dans son service un garçon de 19 ans ; d'une santé antérieure excellente, se plaignant de troubles dyspeptiques vagues depuis quelques jours ; quatre jours avant son entrée, souffrance dans le ventre, sensation de grande fatigue, inappétence.

A son entrée, facies abdominal : yeux excavés, nez effilé, joues creuses. Soif extrême, langue saburrale, vomissements de lait caillé, d'une odeur insupportable.

Constipation relative depuis quatre jours, puisqu'il aurait rendu quelques matières fécales à la suite de lavements.

Météorisme abdominal surtout à la région épigastrique et ombilicale ; au niveau de la région épigastrique « bruit de clapotage caractéristique et très intense, perceptible à distance et plaidant tout à fait en faveur d'une ectasie stomacale ».

Mort le 17 novembre. A l'*autopsie*, distension considérable de l'intestin grêle ; effacement complet du gros intestin ; cæcum très dilaté, rempli de matières fécales très dures. Aucune dilatation stomacale.

Cette observation montre la possibilité d'une obstruction intestinale pouvant amener la mort chez un homme jeune encore, ce qui ne paraissait pas encore établi.

En outre, nous voyons un bruit de clapotage produit par l'intestin grêle distendu, au point de faire diagnostiquer la dilatation de l'estomac.

M. Albert Mathieu cite, à la suite de cette observation, l'histoire d'un jeune homme de son service mort à la suite d'une obstruction intestinale compliquée de torsion de l'S iliaque.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Pemphigus généralisé.

A la Société de médecine de Vienne, le professeur *Kaposi* a présenté une malade, âgée de 49 ans, atteinte de pemphigus généralisé. Cette femme est mariée ; la maladie a commencé il y a un an ; au mois d'août de cette année les vésicules se sont desséchées, puis des taches pigmentaires, résidus des vésicules, se sont montrées sur le tronc et les extrémités. Il s'est ainsi formé des plaques circinées recouvertes de croûtes ; il s'agissait d'un pemphigus annulaire présentant le danger d'un passage au pemphigus foliacé, lequel est le plus souvent mortel. A l'admission de la malade, les bords des plaques faisaient saillie au-dessus de la peau et donnaient une sensation de mollesse particulière. Dans beaucoup de points les bords étaient lisses, rouges, brunâtres, luisants ; l'épiderme se détachait facilement. En même temps il survenait sur le visage, au menton, des tumeurs du volume d'une noisette à une noix. Au dos et sur les épaules, on voyait enfin des foyers tantôt saillants, tantôt déprimés, de la grandeur de la pomme d'Adam. Ces productions se voient habituellement dans le sarcome de la peau, le mycosis fongoïde et la lymphodermie pernicieuse.

En manière de comparaison, Kaposi a présenté en même temps une femme atteinte de sarcomatose cutanée ayant débuté il y a cinq ans. Les tumeurs ont pris l'aspect de tomates au visage sur les épaules et l'abdomen. On a observé que la sarcomatose cutanée et les tumeurs ana-

logues offrent très souvent au début l'aspect d'un simple eczéma et que c'est seulement après un ou deux ans que la peau infiltrée se soulève pour former ces tumeurs. S'il est établi que les eczémas ordinaires chez les sujets leucémiques ou pseudo-leucémiques conduisent à la tumeur, on est autorisé à admettre que les vésicules du pemphigus peuvent offrir un sol anatomique pour le développement ultérieur de la sarcomatose cutanée.

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'INGESTION DE SUBSTANCE PANCRÉATIQUE.

Le professeur *de Cérenville* a tenté *le traitement par l'ingestion de substance pancréatique chez quatre diabétiques.* Les résultats ont été peu encourageants. Même dans deux cas où, au début, il semblait y avoir diminution de la glycosurie, celle-ci n'a pas tardé à remonter à son taux primitif, et même à le dépasser. Il est vrai, dit M. de Cérenville que, à l'hôpital, on ne voit guère que des diabètes de mauvaise nature. On peut se demander si le traitement pancréatique ne pourrait pas fournir une pierre de touche pour établir le pronostic du diabète, qui, jusqu'à présent, est si difficile à fixer. Quant à la quantité à administrer, M. de Cérenville a employé des doses de 8 à 10 grammes; et quoique, chez l'un de ces malades, le Dr Morin ait, avant l'admission à l'hôpital, administré 30 grammes avec résultat favorable, il ne lui paraît pas que, sans révolte intestinale, on puisse, en général, monter beaucoup au-dessus du chiffre qu'il a atteint.

Sur un cas de paraplégie spasmodique acquise par sclérose primitive des cordons latéraux suivi d'autopsie.

MM. Dejerine et Sottas. — La question de l'existence d'une paraplégie spasmodique par sclérose primitive des cordons latéraux est encore très discutée. Les faits de ce genre sont certainement fort rares et le seul véritablement démonstratif est dû à Strümpell (1894). Le cas que nous relatons aujourd'hui, et qui a trait à un malade observé pendant cinq ans par l'un de nous, rentre également dans la même catégorie.

Il concerne un homme non syphilitique qui, à l'âge de 57 ans, commença à éprouver un peu de faiblesse et de raideur des jambes. La paraplégie évolua très lentement pendant les cinq années que l'un de nous put étudier le malade, les symptômes furent ceux d'une paraplégie spasmodique typique, de moyenne intensité, avec exagération des réflexes tendineux, intégrité de la sensibilité, absence d'atrophie musculaire et aggravation progressive, mais très lente. La mort eut lieu par pneumonie à l'âge de 62 ans.

A l'autopsie on ne constata l'existence d'aucune lésion appréciable à l'œil nu du côté des centres nerveux. Après durcissement, l'examen histologique de la moelle épinière, pratiqué d'après les méthodes ordinaires, permit de constater les altérations suivantes :

Du côté de la moelle épinière les cordons latéraux sont sclérosés et leur sclérose est à peu près symétrique, mais nettement plus accusée à droite qu'à gauche. Le maximum d'altération des cordons latéraux se trouve entre les cinquième et douzième racines dorsales. A ce niveau la lésion occupe la région pyramidale, qu'elle dépasse notablement

en avant. Elle est surtout prononcée dans la partie contiguë à la corne postérieure et s'atténue peu à peu en avant pour disparaître dans la moitié antérieure du cordon antéro-latéral. A la région lombaire elle est cantonnée dans le domaine du faisceau pyramidal, et à la région cervicale elle n'est véritablement nette que du côté droit. Dans cette région également, ainsi que dans la région dorsale supérieure, il existe une très petite tache de sclérose dans la partie antérieure du cordon de Goll. La substance grise de la moelle épinière, les cellules des cornes antérieures et postérieures ne présentent pas d'altération, L'examen microscopique de la corticalité motrice, des capsules internes, de l'isthme de l'encéphale, ne permet de constater l'existence d'aucune lésion appréciable.

Dans le cas actuel la paraplégie spasmodique relève incontestablement de la sclérose des cordons latéraux constatée à l'autopsie, sclérose relativement légère et moins prononcée que celle que l'on rencontre dans les dégénérescences secondaires. L'absence d'altération appréciable de la corticalité motrice, l'absence de lésion des méninges spinales nous amènent à regarder dans le cas actuel la sclérose latérale comme primitive. Notre cas est donc à rapprocher de celui de Strümpell, dont il diffère toutefois, par ce fait que le cordon de Goll était très légèrement touché à la région cervicale et que la sclérose du faisceau pyramidal n'existait plus à partir de la région cervicale moyenne. Chez notre malade, en effet, les membres supérieurs n'étaient pas contracturés.

(*Société de Biologie.*)

Cette communication est d'autant plus intéressante que jusqu'à présent un certain nombre de médecins n'admettaient pas la sclérose primitive des cordons latéraux et

faisaient rentrer cette affection dans le cadre de la sclérose en plaques.

UN PROBLÈME A RÉSOUDRE POUR LA VIEILLE ÉCOLE

L'article suivant de la *Revue Thérapeutique* de New-York, de mars, sera décidément intéressant pour tous ceux qui étudient la question de la force :

Depuis très peu d'années d'intéressantes recherches ont été faites sur les effets de l'eau contenant une quantité infinitésimale de sel toxique sur le développement de quelques végétaux d'organisme très inférieur.

« Les recherches de Lœw et de Rokorny sur la réaction du protoplasme vivant en présence de nitrate d'argent étaient le point de départ de ces études. Raullin, qui réussit à démontrer que le nitrate d'argent, dans la proportion de 1 partie dans 1.600.000 parties d'eau empêcherait le développement d'aspergillus niger, et encore plus loin, découvrit que cet organisme ne pouvait pas vivre dans l'eau placée dans un vase d'argent quoique l'argent ne puisse être découvert dans le fluide avec les plus sensibles réactifs. Carl von Naegli, feu le botaniste distingué, commença à poursuivre ces indices encore plus loin, et, après sa mort un papier fut trouvé parmi ses affaires qui révèle les plus étonnants faits. Ceux-ci sont analysés longuement par de Varigny dans la Revue Scientifique d'un journal.

« Les élèves de Naegeli ont recommencé ses expériences et se sont assurés de leur exactitude. Elles ont été publiées à la fin par Schwendener, de Zurich.

« Les premières études de Naegeli révélèrent le fait qu'en présence des solutions les plus diluées de nitrate d'argent,

les filaments de *spirogyra* ne peuvent pas vivre. Mais il trouve bientôt qu'il paraît y avoir deux genres de mort. En comparant des solutions de forces différentes de sel on voit que le contenu cellulaire disparaît de la membrane, les bandes de chlorophylle changent de couleur, mais pas de position, et la cellule perd sa turgescence. Avec des solutions infiniment diluées, les spirales de chlorophylle séparées du plasma, qui restent en place, deviennent plus courtes, s'agglomèrent et les cellules maintiennent leur turgescence. Naegeli conclut que dans le premier cas la mort était due à une action chimique, tandis que dans le second elle survenait par l'action de quelque force inconnue qu'il appelait *oligodynamia.* Ses résultats sont bien décrits comme étonnants. Il trouva que la mort survenait en trois ou quatre minutes dans une solution de 1/1.000.000.000.000.000. Dans une telle solution il ne peut pas y avoir plus de 1 ou 2 molécules de sel dans chaque litre. Est-ce que la faute se trouvait dans l'eau distillée? Non, car dedans, le spirogyra prospérait.

Le sublimé corrosif donne des résultats encore plus prononcés, l'organisme mourait dans une solution de 1/1.000.000.000.000.000.000.000.000, et cette solution pouvait ne pas contenir plus d'un trillionnième de molécule par litre. Il chercha à trouver si d'autres facteurs pourraient amener un résultat si imprévu. Des gaz, l'acide nitrique, que l'on trouve quelquefois en somme appréciable dans l'eau de Munich, furent tous incriminés et d'autres eaux furent employées; mais les résultats furent encore les mêmes. Il s'efforça alors de découvrir quelques substances qui pouvaient rendre l'eau toxique et laquelle pouvait produire cette condition oligodynamique. Il découvrit que plusieurs substances, jusqu'ici

réputées insolubles dans l'eau, telles que les métaux : or, argent, cuivre, fer, mercure, plomb et zinc, par leur seule présence dans l'eau possédaient cette propriété. Il pouvait, par l'emploi de pièces d'or, placées dans des vases remplis d'eau, faire varier le rapport de la force toxique proportionnellement au nombre de pièces mises dans l'eau et au temps pendant lequel elles restaient.

Le dernier pas dans cette recherche révèle ce fait que ce pouvoir oligodynamique pouvait être détruit par l'addition à l'eau des substances pulvérisées, telles que la farine, la cellulose, la suie, les fibres de soie, de laine, etc. ! Poussant plus loin ses recherches, il découvrit que cette eau toxique devenait neutre si l'on y plaçait un nombre suffisant d'organismes. Les premiers mouraient rapidement, alors que la mort des autres survenait plus lentement jusqu'à un point auquel ils commençaient à prospérer. On vit aussi que diverses formes de spirogyres semblaient être plus aisément touchées que d'autres. La spirogyra orthospira était tout à fait résistante tandis que d'autres étaient très faibles. La spi. nitida est plus faible le matin que le soir. Cramer, de Zurich, découvrit un autre fait intéressant, c'est-à-dire, le très grand pouvoir neutralisant de la rouille de fer et aussi du *liptothrix o cheracea*, qui est une algue riche en oxyde de fer.

« Cette sensibilité extraordinaire de certains organismes attire l'attention des biologistes, car ne pourrait-elle pas être un facteur de grande importance dans la croissance et la culture de beaucoup de bactéries, montrant la nécessité des précautions dans l'emploi de l'eau et des vases servant à leur étude. Elle pourrait aussi mener à la découverte de réactifs vivants pour les métaux ou pour d'autres substances qui donneraient des preuves bien plus précises

que les réactifs chimiques que nous employons maintenant. » (*The Medical Argus.*)

LA CHAUDEPISSE DIAGNOSTIQUÉE SUR LA SEULE INSPECTION DE LA MAIN

M. le professeur Fournier a présenté, à la Société de dermatologie, un malade atteint d'une déformation du doigt médius, en forme de rave, rappelant la déformation de l'arthrite déformante ou du spina ventosa. A ce seul aspect M. Fournier lui affirma qu'il était atteint de blennorrhagie et le malade avoua qu'en effet il avait la chaudepisse depuis plusieurs semaines. M. Fournier insiste sur la presque certitude de ce diagnostic lorsqu'un malade présentera aux mains l'aspect de l'arthrite déformante en radis (grosse articulation phalango-phalangienne, reste du doigt effilé), mais qu'il n'y aura qu'un seul doigt, rarement deux, d'atteint. Cette remarque de l'éminent professeur est trop curieuse et trop intéressante, pour que je ne la signale pas aux lecteurs de notre journal.

D[r] J.-P. TESSIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE. INTOXICATION PAR LA PHÉNACÉTINE. (Berlin, séance du 4 novembre 1895. *Semaine médicale,* 13 nov.).

M. Krönig eut à traiter un jeune garçon imprimeur, âgé de 17 ans, présentant un teint terreux. Il était très affaibli. Son pouls battait 134 fois à la minute et on comptait 34 respirations. Les pupilles étaient de dimensions moyennes et réagissaient à la lumière.

Le sang ayant été examiné, l'on constata une très forte leucocytose et une altération des hématies ; l'hémoglobine était en grande partie dissoute dans le sérum.

M. Krönig apprit que ce malade ayant eu des maux de tête trois semaines auparavant, on lui ordonna 5 grammes de *phénacétine* en 5 paquets, en lui recommandant de ne jamais en prendre plus de 2 par jour.

Ne tenant pas compte de cette recommandation, le malade ingéra un jour 4 grammes du médicament qu'il supporta assez bien ; mais quelques jours plus tard, en ayant pris de nouveau 1 gramme, il eut des vomissements suivis de collapsus avec teinte cyanotique de toute la surface du corps. Le malade rentra à l'hôpital où il succomba. MM. Hinsberg et Kraff ont constaté que l'ingestion de 3 à 5 grammes de ce médicament produisait au bout de deux à trois heures une accélération de la respiration et du pouls avec état comateux, vomissements et cyanose des muqueuses.

M. Lindemann constata une cyanose très intense à la suite de l'administration de 2 grammes de phénacétine.

Chez un sujet atteint de dothiénentérie et chez un pleurétique, M. Von Jaksch a vu cette cyanose apparaître après l'administration de 0 gr. 10 et de 0 gr. 20. A côté de la cyanose, on a noté des exanthèmes variés. M. F. Muller a appelé l'attention sur une variété de diarrhée consécutive à l'usage de la phénacétine et a observé les accidents les plus graves à la suite de l'ingestion de 6 à 8 grammes du médicament.

Son Excellence Mavrogenie Pacha (*Gaz. méd. d'Orient*, 31 oct.) réclame la priorité de la découverte de la sérothérapie pour... Hahnemann : « Devant l'extension que prend journellement le traitement par les inoculations (rage, diphtérie, tétanos, cancer, érysipèle, etc., etc.), je ne puis me retenir d'exprimer mon contentement de voir ainsi la mémoire de Hahnemann réhabilitée. Il y a de cela un siècle, Hahnemann proposait que *similia similibus curantur* et il était alors l'objot de la risée de tous les savants. Mais voilà que la sérothérapie lui donne raison. » — J. W. M.

(*Médecine moderne*, 7 décembre.)

VARIÉTÉS

Gubler et l'homoeopathie.

M. Bergeron a eu la fâcheuse pensée de rééditer, dans un éloge de Gubler, les insanités que ce médecin a professées contre l'homœopathie. Pour Gubler l'homœopathie n'était qu'une « doctrine fausse et mensongère ». Dans cet œuvre étrange, principes, faits, interprétations tout était manifestement erroné. Même la magnifique conception de la *matière médicale expérimentale* fondée sur l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain ! et si Gubler reconnaissait des *homœopathes sincères* il les classait dans les naïfs et les ignorants.

Encore une fois, je regrette que M. Bergeron ait rappelé ces tristes opinions qui du reste ne sont plus de notre âge. Quand nous parlons de Gubler citons ses travaux de chimie pathologique et de thérapeutique mais laissons de

côté ce qu'il y a de haineux et d'injuste chez cet homme.

Gubler, de son vrai nom Gobley, avait des connexions intimes avec la pharmacie allopathique, de là des préjugés innés contre l'homœopathie.

Il fut notre ennemi même avant que de naître.

Puis, pendant plusieurs années, il se rencontra avec Tessier à l'hôpital Beaujon; il eut le mauvais goût de vouloir plaisanter l'homme qui, parmi tous les médecins contemporains, fut certainement le mieux doué pour la polémique. Il sortit de ces discussions amoindri et vexé. L'homœopathie devint sa bête noire ; il la critiqua avec passion ; il fit plus, et j'ai regret de le rappeler, il fut intolérant et injuste envers les homœopathes.

Mais laissons dormir toutes les vilaines choses, haine, injustice, persécution, tout cela repose dans une poussière qu'on a été très maladroit de remuer.

Quant à la générosité qui porte M. Bergeron à ne pas frapper l'homœopathie maintenant à terre, c'est une illusion de sa part. Sans compter les deux hôpitaux homœopathiques que nous possédons à Vaugirard et à Neuilly, hôpitaux très prospères et en grande voie de développement, l'heure des réparations a sonné pour nos doctrines. La sérumthérapie n'est que de l'homœopathie et nous sommes honorés des sentiments de bonne confraternité d'un grand nombre de médecins des hôpitaux, de membres des académies et surtout des maîtres de la bactériologie. M. Bergeron n'a rien appris ni rien oublié, j'en suis fâché pour lui.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1896

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

« On s'est demandé à cette tribune si la tuberculose était contagieuse.

« Une semblable question, à l'heure actuelle, me paraît extraordinaire, et, dès maintenant, je tiens à faire devant vous la *profession de foi* la plus formelle : *je crois* que la tuberculose est essentiellement contagieuse ; qu'elle est extrêmement contagieuse, au même titre que la variole, que la rougeole, que la diphthérie, etc., et cette déclaration, je la fais *comme médecin, comme chirurgien* et *comme vétérinaire.* ». (Académie de médecine, séance du 27 janvier, compte rendu du *Bulletin médical.*)

Après avoir lu la *profession de foi* du professeur Terrier, j'ai retourné la page pour voir quelles peines l'Académie avait édictées contre les médecins qui, comme moi, continuent à nier la contagion de la phtisie, *autrement que par les procédés de laboratoire.* Je n'ai rien trouvé ; mais je ne perdrai pas pour attendre et l'Académie ne peut faire moins que de rééditer l'édit du roi de Naples, qui condamnait le médecin à 2.000 ducats d'amende et à l'exil pour

n'avoir pas dénoncé les malades atteints de phtisie ; prononçait la séquestration de ces malades et la destruction, par le feu, des effets mobiliers, la désinfection des locaux, etc., etc., ce qui n'a pas empêché la phtisie de continuer ses ravages dans la population napolitaine. Une administration pénétrée comme la nôtre du mépris de la liberté individuelle ne peut faire moins qu'un tyranneau du siècle dernier.

Comme, à mon avis, M. Terrier est un chirurgien d'un éminent talent, aussi bien au point de vue du diagnostic qu'à celui de la médecine opératoire, j'ai recherché sur quelles preuves il avait établi cette sorte de condamnation *ex cathedra* portée contre les non-contagionistes du haut de la tribune académique, et je n'ai trouvé que deux assertions : la première, c'est qu'à *Bichat* un grand nombre d'infirmiers succombaient à la phtisie ; et la seconde, semblable à la première, c'est que les internes, les externes et les stagiaires étaient plus que décimés par cette maladie. Eh bien, ce n'est pas comme cela qu'on traite une question d'étiologie. Pour que ces assertions devinssent des preuves, il faudrait établir que, sur un nombre déterminé d'étudiants et d'infirmiers, on a observé un nombre déterminé de phtisiques. Ce n'est pas tout, il aurait fallu rechercher quel rôle l'hérédité avait joué dans ces cas de phtisie. Sans ces conditions, les assertions de M. Terrier, fût-il cent fois plus médecin, chirurgien et vétérinaire, ne prouvent absolument rien.

En science, je hais les professions de foi ; l'expression je *crois* ne doit jamais être écrite par la main d'un homme sérieux en science ; on *ne croit pas*, *on démontre*.

Je ne veux pas, à propos d'une boutade d'académicien, reprendre la question de la contagion de la phtisie, je rap-

pellerai les conclusions du mémoire que j'ai publié dans les *Annales de Verneuil* et dans l'*Art Médical.*

Dans les *sanatoria* à Davos, à Leysin, à Argelès, etc., on n'a jamais constaté un cas de contagion. A Brompton, en Angleterre, le plus grand hôpital de phtisiques qui existe, les cas signalés chez les médecins et infirmiers atteignent un nombre minime.

A l'hôpital Saint-Jacques *jamais* une sœur n'a été atteinte. Deux internes sont morts ; tous deux étaient fils et frère de phtisique.

Enfin je possède un relevé de 111 observations (si l'Académie veut nommer une commission je mettrai ce registre à sa disposition).

Sur les 111 couples 106 fois la femme ou l'homme sont morts sans que les conjoints aient été atteints.

Dans 5 cas les deux époux sont morts phtisiques mais sur ces 5 couples j'ai pu démontrer 2 fois que le mari et la femme étaient de souche tuberculeuse. Il reste donc 3 cas sur 104.

Et pourtant, si la contagion existe, c'est dans le mariage qu'elle doit se montrer ; et on ose dire à la tribune académique que la phtisie est contagieuse comme les fièvres éruptives ! comme la diphtérie ! et au nom de cette *opinion*, on fera chasser le collégien du collège, l'ouvrier de l'atelier, le domestique de chez ses maîtres et pendant ce temps on néglige l'hérédité, la vraie cause de la multiplicité des tuberculeux !

D[r] P. Jousset.

LA CLINIQUE ET LA BACTÉRIOLOGIE.

Il ne faut pourtant pas que la bactériologie fasse oublier la clinique ; c'est une tendance mauvaise que nous avons signalée plusieurs fois et sur laquelle nous revenons à propos d'une communication de MM. Fernet et Lorrain à la Société Médicale des hôpitaux. (Séance du 24 janvier 1896.)

Quoique très jeune encore, la bactériologie est une science déjà riche et qui s'enrichit chaque jour par un travail incessant. Mais la clinique, quoiqu'aussi vieille que la médecine, ne présente pourtant encore aucun signe de déchéance. Elle utilise et utilisera de plus en plus les conquêtes de la bactériologie ; elle est et sera toujours la science absolument nécessaire des praticiens. Pourquoi ne pas laisser les choses à leur place et détruire la hiérarchie qui naît de la nature même des choses ? La bactériologie comme la chimie et la physique médicales sont, ne disons pas les *servantes*, si le mot a quelque chose de choquant pour les bactériologistes, mais ce sont les aides et les compléments de la clinique.

MM. Fernet et Lorrain ont donc présenté à la Société Médicale des hôpitaux une observation qu'ils ont intitulée « *Infection pneumococcique à manifestation articulaire et méningée* ». Eh bien ! cette maladie que nos auteurs auraient aussi bien appelée *streptococcique*, si le streptocoque avait dominé dans la lésion, est un fort beau cas de ce que J.-P. Tessier a appelé *diathèse purulente spontanée*, maladie plus connue sous les noms d'*infection purulente* ou *pyohémie*.

Lisez plutôt l'observation : il s'agit d'un homme vigoureux mais considérablement déprimé par le chagrin. Sa maladie traîne environ quinze jours, se localise sur les poumons, sur les *articulations* et se termine par une méningite suppurée.

Le mouvement fébrile, peu intense d'abord, irrégulier et rémittent, se caractérise bientôt par un grand frisson ; une température élevée : 40 degrés ; le mouvement fébrile restant rémittent excepté le dernier jour ; des frissons se répétant irrégulièrement ; des sueurs profuses ; un ensemble très grave d'*infection généralisée*, enfin la mort, quatre jours après l'apparition du grand frisson.

Quoique deux articulations, la scapulo-humérale droite et la sterno-claviculaire gauche aient été prises, on ne peut prendre cette maladie pour un *rhumatisme articulaire aigu* avec encéphalopathie rhumatismale. Ce n'est pas la marche du rhumatisme ; et, d'ailleurs, si l'articulation scapulo-humérale ne présentait pas de lésion, l'articulation sterno-claviculaire était le siège d'une ostéite avec destruction des cartilages, qu'on ne rencontre jamais dans le rhumatisme.

Je crois qu'il ne peut subsister de doute. Le malade observé par M. Fernet n'était pas atteint de rhumatisme articulaire aigu, mais, dites-vous, il était atteint de *pneumococcite*. Eh ! bien, c'est contre cette innovation que je proteste.

D'abord, si on veut être tout à fait exact, il faudrait dire dans ce cas *pneumococcique* et *streptococcique*, puisqu'on a trouvé des streptocoques dans le pus du malade. « Quand on prend du galon, on n'en saurait trop prendre », et pour ma part, je ne vois pas pourquoi on tiendrait le streptocoque à l'écart dans cette observation.

Si le pneumocoque peut produire une maladie *sui generis* de telle sorte qu'il s'identifie avec cette maladie, il ne devrait pas s'associer le streptocoque, et surtout il devrait produire une *espèce*, c'est-à-dire une maladie toujours constituée par un même ensemble de symptômes et de lésion.

Or, le pneumocoque caractérise tantôt une affection locale comme la pneumonie, la pleurésie, l'otite, la méningite, etc., tantôt une affection générale comme dans le cas rapporté par M. Fernet.

Nous voyons également que le pneumocoque produit des lésions fort diverses; ainsi, dans le mémoire cité, nous voyons qu'il existe au moins quatre formes d'arthrite pneumococcique :

1° « Une forme légère sans lésion macroscopique apparente ;

2° « Une forme hydropique avec épanchement séreux ;

3° « Une forme purulente, la plus fréquente de toutes ;

4° « Une forme ostéo-articulaire avec destruction des cartilages » (page 73, *loc. cit.*).

Si le pneumocoque peut produire tant de maladies différentes et des affections si diverses, n'est-on pas en droit de le considérer comme une lésion presque banale, plutôt que comme une *cause prochaine*.

Comment les cliniciens pourraient-ils consentir à mettre à néant l'idée d'espèce morbide, idée si féconde en applications pratiques, pour la remplacer par une théorie qui arrive à réunir sous un seul nom les maladies les plus différentes?

Il nous semble plus scientifique, puisque le pneumocoque habite nos organes à l'état de saprophyte, d'ensei-

gner que, toutes les fois qu'une maladie a créé dans l'organisme un terrain convenable à ce microbe, il s'y transporte et s'y développe sans rien changer à la nature de la maladie. Dans cette manière de voir, les espèces morbides restent, et les microbes jouent le rôle de lésions.

Un dernier mot : nous n'avons pas trouvé mentionné de traitement dans l'observation de M. Fernet. Nous voulons croire cependant qu'on ne s'est pas borné à faire de l'expectation. Mais si on a fait de la thérapeutique, nous aurions été heureux de la connaître.

D[r] P. Jousset.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

TROISIÈME LEÇON

Sommaire. — Scarlatine miliaire, ses caractères, son traitement par l'aconit. — Soins hygiéniques pendant la convalescence de la fièvre scarlatine. — De l'albuminurie dans la fièvre scarlatine et de ses dangers. — Traitement par la tuberculine. — Critique de l'usage de baigner les convalescents scarlatineux. — La contagion a lieu pendant la période fébrile. — Cancer de l'estomac et gastrite chronique. — Diagnostic différentiel. — Emploi du foie préparé par la méthode Brown-Séquard dans le traitement du diabète.

Au numéro 5 de la salle des hommes, se trouve un enfant atteint de *scarlatine miliaire*.

La scarlatine miliaire, à la différence de la *scarlatine lisse*, se caractérise par une éruption mélangée de miliaire

plus ou moins abondante. Cette miliaire peut-être générale, mais, le plus souvent, elle siège sur les mains et les avant-bras.

Dans cette forme, l'angine est toujours très caractérisée et souvent elle prend un degré de gravité très considérable. L'épidémie que Huxham a décrit sous le nom de *mal de gorge gangréneux* n'était autre chose qu'une épidémie de scarlatine miliaire. Nous même avons observé, dans le département de la Vienne, une épidémie de scarlatine miliaire extrêmement meurtrière, et dans laquelle la mort arrivait par la complication d'angine diphtéritique.

La scarlatine miliaire n'est pas toujours aussi grave ; elle se distingue de la scarlatine lisse par un mouvement fébrile plus intense et par une durée plus longue, la chute de la fièvre ne se faisant guère que du onzième au quatorzième jour.

Hahnemann a proposé la belladone dans le traitement de la scarlatine, mais il a remarqué que, dans la scarlatine miliaire, c'était l'aconit le médicament principal. Vous pouvez voir dans les salles trois cas de cette forme de la scarlatine, tous ont eu l'angine, tous ont eu une fièvre intense ; chez l'un d'eux, couché dans la petite salle, l'éruption miliaire extrêmement abondante a occupé tout le corps.

Chez ces malades, le mouvement fébrile est tombé le onzième jour.

La desquamation suit son cours habituel, et il est probable que la convalescence sera sans accident.

Le traitement que nous avons institué, et qu'une longue expérience clinique nous fait regarder comme le meilleur, est l'alternance d'une potion d'aconit et d'une potion

de belladone, une cuillerée toutes les deux heures. La ption d'aconit contient X gouttes de teinture mère pour 125 grammes d'eau, et la potion de belladone, III gouttes seulement de teinture pour la même quantité de véhicule.

Si ce traitement n'avait pas réussi, j'aurais prescrit *ælanthus*, médicament indiqué par une température très élevée et qui a donné des succès principalement aux Etats-Unis. N'oubliez pas que ce traitement est celui de la forme commune, l'*arsenic* et le *lachesis* doivent être prescrits dans la forme maligne et hémorrhagique.

Si la diphtérie s'était présentée chez nos malades, nous n'aurions pas hésité à employer le sérum de Roux ou le sérum streptococcique suivant que le microbe de Lœffler ou le streptocoque, eut dominé dans la fausse membrane. N'oubliez pas, Messieurs, que l'albuminurie est la complication la plus grave de la convalescence ; que cette complication peut survenir tardivement, même après la quatrième et la cinquième semaines, d'où naissent des prescriptions hygiéniques particulières. Le malade doit rester au lit jusqu'au moment où le mouvement fébrile et l'éruption ont totalement disparu. Il doit rester à la chambre, jusqu'à la fin de la sixième semaine, c'est-à-dire, pendant tout le temps où l'on peut voir se développer l'albuminurie.

Nous disons que le malade doit garder la chambre et non l'appartement, parce que nous avons vu des accidents graves de néphrite avec urémie et convulsions déterminés par le passage d'un appartement à un autre.

A propos de la néphrite qui peut se développer dans la convalescence de la scarlatine, nous ferons deux re-

marques : la première, c'est que l'exposition même au grand air n'est pas une cause fatale du développement de cette complication. Ainsi, dans les épidémies que j'ai observées à la campagne, aucun des malades n'a pu rester à la chambre pendant quarante jours, puisque chez les paysans, il n'y a qu'une chambre commune à tous et ouverte à tous les vents.

Si, dans ces épidémies, j'ai observé un grand nombre d'albuminurie avec anasarque, j'ai observé aussi un certain nombre d'enfants qui sont restés absolument indemnes.

D'autre part, je dois dire que, malgré les précautions les plus séveres, les soins hygiéniques les mieux entendus, certains scarlatineux, en fort petit nombre, il est vrai, contractent la néphrite albuminurique.

Nous ne conclurons pas, de ces faits, qu'il faille négliger les précautions hygiéniques sur lesquelles nous nous sommes étendus à propos du traitement de la scarlatine. Grâce à la réclusion absolue que nous imposons pendant six semaines aux convalescents, le nombre des malades atteints d'albuminurie consécutive est extrêmement restreint.

Une fillette que vous avez vue couchée dans un petit lit dans la salle des femmes a présenté, à différentes reprises, des traces d'albumine dans ses urines. Elles ont disparu définitivement après un traitement de quelques jours, par la tuberculine à la 6e dilution.

Il y a deux ans, dans mes cliniques, j'ai eu l'occasion de vous parler de ce médicament, et je vous ai rapporté un certain nombre d'observations qui démontrent son efficacité.

L'albuminurie qui survient dans la convalescence de la

scarlatine est toujours une complication grave. Elle détermine, quelquefois, des accidents rapidement mortels, et, quand elle passe à l'état chronique, elle laisse le malade dans un état pathologique qui finit toujours par amener la mort, après un nombre d'années plus ou moins considérable.

Avant de quitter ce sujet, je dois vous mettre en garde contre une pratique presque universellement répandue et que je rejette, parce qu'elle est inutile et qu'elle peut être dangereuse. Je veux parler des bains qu'on administre aux malades avant leur première sortie, et pour les empêcher de porter la contagion au dehors.

Ces bains, dans la pensée de ceux qui les prescrivent doivent enlever les derniers pellicules de la desquamation, et empêcher ainsi la communication de la scarlatine dans le milieu où le convalescent doit pénétrer.

Ce moyen est dérisoire, parce que le bain accompagné ou non de friction, enlève les pellicules déjà détachées, mais est absolument impuissant contre celles qui se détacheront les jours suivants.

J'ajoute que des faits nombreux m'ont démontré que la scarlatine était contagieuse pendant la période fébrile, et non pendant celle de la desquamation.

J'ai ajouté que le bain pendant la convalescence pouvait être dangereux, parce que j'ai vu quelques cas d'albuminourie éclater à son occasion.

Au nº 13 de la salle des hommes se trouve un malade âgé de 66 ans, très amaigri et atteint de vomissements chronique.

A quoi pouvait-on rapporter cet amaigrissement considérable et ces vomissements continus? Le diagnostic

devait être posé entre un cancer de l'estomac et une gastrite chroniques.

Le caractère des vomissements est un premier signe que nous devons analyser; ils sont quotidiens, peu abondants, composés de mucus gastrique et d'une quantité assez minime de débris d'aliments, Ils n'ont pas les caractères des vomissements noirs si communs quand il existe une ulcération cancéreuse de l'estomac ; ce ne sont pas non plus ces vomissements énormes survenant tous les deux ou trois jours, contenant souvent des débris d'aliments mangés depuis plusieurs jours, qui, avec la dilatation de l'estomac, constituent le signe certain du cancer du pylore.

L'examen de la région épigastrique ne permet de constater ni plaque indurée, ni noyau dur ; enfin, ce malade a conservé de l'appétit, signe d'une certaine valeur et qui permet, dans ce cas, d'éloigner tout à fait le diagnostic cancer de l'estomac.

Comment justifierons-nous le diagnostic gastrite chronique ? Dans sa jeunesse, cet homme a fait des excès de boisson et, tous les matins, il avait la pituite. Aujourd'hui, l'usage, si modéré qu'il soit, des alcools et du vin détermine des douleurs insupportables. Enfin, la grande quantité de mucus contenu dans les vomissements, démontre l'état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac.

Une autre lésion, d'origine alcoolique aussi, s'est développée concurremment chez ce malade. Son foie est extrêmement petit, et, quoi qu'il n'y ait pas encore d'ascite, le développement des veines des parois abdominales, veines dans lesquelles le courant sanguin est renversé et

se dirige de haut en bas, nous permet de diagnostiquer une cirrhose atrophique.

Ce malade a été mis au régime lacté avec potage. Nous lui avons prescrit nux vomica (6e) II gouttes dans 125 grammes d'eau, quatre cuillerées par jour.

Sous l'influence de ce traitement et de ce régime, les vomissements ont complètement cessé, le malade a repris des forces et l'amélioration de l'état général était incontestable. Mais, fatigué du régime et ennuyé de l'hôpital, le malade s'est en allé.

En terminant cette leçon, je désire vous signaler un nouveau traitement du diabète. Je vous ai entretenu plusieurs fois du traitement de cette maladie par le pancréas préparé suivant la méthode de Brown-Séquard, et administré par la voie stomacale.

A côté de succès rapides et durables, cette méthode compte aussi des insuccès absolus, particulièrement dans le diabète gras. Nous avons pensé qu'il serait bon de remplacer dans ces cas là le pancréas par le foie. Nous avons donc administré à des diabétiques par la voie stomacale le foie préparé par la méthode de Brown-Séquard, et, quoique ces essais soient encore trop récents pour que nous puissions poser une conclusion ferme, nous vous les signalons cependant pour que, de votre côté, vous puissiez vérifier l'efficacité de cette méthode.

Dans trois cas, chez des femmes atteintes de diabète très chronique et chez lesquelles le pancréas n'avait rien produit, nous avons obtenu, par le nouveau médicament que je vous signale, chez l'une une diminution de 8 grammes de sucre, chez l'autre une diminution de 20 grammes après trois semaines de traitement et sans régime ;

enfin, chez une troisième le sucre est tombé de 90 à 49 grammes; chez toutes la quantité d'urine a diminué.

QUATRIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Endocardite valvulaire chronique. — Cirrhose, ascite. — Digitaline. — Action de la digitale. — Théorie ancienne, théorie de François Frank.

Au n° 12 de la salle des femmes, est couchée une malade âgée de 45 ans qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire éprouvé il y a six ans, a gardé une endocardite chronique caractérisée par l'insuffisance de la valvule mitrale. Le cœur est notablement hypertrophié; malgré cela, la compensation est fort incomplète et la malade est atteinte d'une ascite qui, depuis deux ans, a nécessité 23 ponctions. Les membres inférieurs ne sont enflés que le soir et cet œdème n'est survenu qu'après l'ascite.

Il y a oligurie.

Ainsi que le démontrent les caractères de l'hydropisie, le foie est atteint de cirrhose atrophique.

Au milieu de toutes ces lésions, la santé générale s'est conservée jusqu'à un certain degré. Bien entendu la malade est incapable de se livrer à aucun travail qui nécessite le moindre effort musculaire. Mais elle mange et dort assez bien et conserve un certain degré de force; depuis longtemps, elle ne suit aucun régime.

Les efforts de la thérapeutique ont été dirigés sur le rein et nombre de diurétiques : calomel, strophantus, adonidine, thyroïdine, et bien d'autres lui ont été en vain administrés et n'ont jamais amené l'augmentation de la sécrétion urinaire. La digitaline seule, à la dose de

XXX gouttes de la préparation de Mialhe, a produit un effet diurétique, mais à condition d'être administrée à de longs intervalles. Et quand on rapproche ces doses à trois ou quatre jours de distance, l'oligurie vient remplacer la diurèse et nous avons ainsi l'exemple d'un même médicament, administré à la même dose à la même malade, produisant deux effets opposés.

Qu'est-ce que c'est donc que l'action de la digitaline? Nothnagel et Rossbach résument assez complètement l'opinion des médecins sur l'action de la digitale. Les travaux de François Frank contredisent, au moins en apparence, les opinions des deux auteurs allemands. Nous aurons le devoir d'étudier les travaux du nouveau professeur du Collège de France et d'en faire l'exposé critique.

Voici quelles étaient les conclusions de Nothnagel et Rossbach :

Il faut distinguer trois périodes dans l'action de la digitale chez l'homme sain et les mammifères.

Première période. — Ralentissement très marqué du pouls avec élévation très considérable de la pression artérielle, rétrécissement des artères périphériques surtout dans la cavité abdominale. Ces phénomènes sont dûs, en partie, à une contraction plus énergique des ventricules.

Deuxième période. — Accélération subite et considérable du pouls. La pression sanguine, après de fréquentes oscillations, baisse peu à peu.

Troisième période. — Irrégularité très marquée et ralentissement progressif des contractions cardiaques. La pression sanguine baisse de plus en plus. Enfin le cœur paralysé s'arrête en diastole.

Chez les animaux à sang froid, et, en particulier, sur la

rana temporaria, le cœur s'arrête dans un état de systole complète.

Nothnagel et Rossbach remarquent expressément qu'il ne faut pas conclure de la grenouille aux animaux à sang chaud relativement à l'action de la digitale sur le cœur.

Nos auteurs ajoutent que, si on n'emploie qu'une dose élevée, la première période est très courte, incomplète, la seconde période est au contraire forte et longue. Enfin avec une dose mortelle troisième la période survient avec une très grande rapidité.

Ces propositions sont absolument conformes aux lois de la pharmacodynamie et tous les médicaments présentent des effets contraires, suivant qu'on les prescrit à doses fortes ou faibles.

M. François Franck considère la digitaline comme un « *tonique absolu du cœur* » et il n'admet pas une action double et opposée du médicament en rapport avec les doses administrées. Ce professeur a publié un très important travail et de très nombreuses expérimentations pour établir son opinion. L'étude que nous allons faire de ce livre et des expériences qu'il renferme confirmera, je pense, les affirmations des auteurs allemands cités plus haut.

Voici le résumé d'une expérience que François Franck donne comme un modèle et qui est réellement le type de toutes les autres :

Première injection de 3 *milligrammes de digitaline* à un chien. Cet animal présente un ralentissement du pouls avec arythmie. Il y a synchronisme des deux ventricules.

Dix minutes après, deuxième injection de 3 *milligrammes de digitaline*. Le ralentissement et l'arythmie persistent avec

quelques systoles avortées, la pression artérielle est augmentée.

Deux minutes après, troisième injection de 1 *milligramme* (total 7 milligr.). Début de l'accélération toxique.

Cinq minutes après, quatrième injection de 3 *milligrammes* (total 10 milligr.). L'accélération du pouls augmente ; arythmie.

Cinq minutes après, cinquième injection de 3 *milligrammes* (total 13). Exagération de la fréquence avec systole incomplète plus nombreuse.

Cinq minutes après sixième injection de 3 *milligrammes* (total 16, dose mortelle) plus grande fréquence des pulsations qui deviennent régulières. Cet état dure dix minutes, puis la mort arrive en une demi minute avec les symptômes suivants ; accès demi-tétanique ; reprise de quelques systoles ; nouveaux accès demi-tétaniques ; quelques systoles de plus en plus faibles ; puis trémulation et mort en diastole.

Une première remarque c'est qu'à partir du treizième milligrammes de digitaline, les battements du cœur présentent un grand nombre de systoles incomplètes, ce qui ne saurait être une preuve de l'action tonique de la digitale. Enfin, après 16 milligrammes survient une vraie tachycardie suivie d'accès demi-tétaniques entrecoupés de quelques systoles de plus en plus faibles, puis de trémulation et *enfin la mort arrive en diastole.*

L'auteur dit que cette dernière période est très courte, vingt-cinq à trente secondes, mais enfin cette période existe si courte qu'elle soit et elle démontre que, sous l'influence de la digitaline, la mort arrive en diastole, précédée d'un affaiblissement manifeste des contractions cardiaques, que, par conséquent, l'empoisonnement par

la digitaline produit à un certain moment la paralysie du cœur.

L'expérience entière ne dure que 47 minutes, le poison est administré à doses redoublées, coup sur coup, en sorte que les alternances d'action propres à tous les médicaments ne peuvent se manifester. Que serait-il arrivé si les doses toxiques avaient été plus espacées et si l'animal, au lieu d'être tué en 47 minutes, avait survécu quelques jours ?

Du reste François Franck dit lui-même qu'à partir de la dose toxique qui rend le cœur arythmique et doit le tuer rapidement, la systole *devient moins énergique* et cette décroissance est brusque et graduelle (p. 573).

Il ajoute un peu plus bas à la même page ; dans le cas de doses toxiques d'emblée, le cœur faiblit très rapidement après avoir passé on non *par une phase fugitive d'une augmentation d'énergie.*

Cette dernière phrase semble copiée dans Nothnagel et Rossbach.

En résumé les expériences comme les enseignements de François Franck loin de contredire l'opinion générale sur l'action de la digitale, la confirme. La digitale dans la dernière période de son action affaiblit le muscle cardiaque et produit la mort en diastole. Cet affaiblissement, comme nous le voyons dans la citation rapportée plus haut, peut être précédé d'une période d'excitation et d'énergie plus grande des contractions cardiaques. Nous trouvons donc ici la double action attribuée par la pharmacodynamie à tous les médicaments.

D'où nous concluons que les travaux de François Franck ont eu l'avantage de démontrer la synergie des deux ventricules, mais qu'ils n'ont rien changé à nos con-

naissances sur l'action alternativement tonique et paralytique sur le cœur.

A côté des faits nés de l'expérimentation, restent les affirmations de M. François Frank sur l'action absolument tonique de la digitale, et la qualification de paradoxale, dont il qualifie l'opinion qu'il regarde comme opposée, l'action de la digitaline sur le cœur de la grenouille et des animaux à sang chaud ; opinion qui n'est nullement paradoxale ; puisqu'il reconnaît lui-même que le cœur des chiens empoisonnés par la digitaline s'arrête en diastole ; et qu'il ne nie pas que celui des grenouilles s'arrête en systole.

Nous avons vu que chez notre malade la digitaline avait produit deux effets opposés, qu'une première dose avait produit la polyurie et que la même dose administrée quatre jours après avait déterminé l'oligurie. Comment expliquons-nous ces faits ?

Remarquons en premier lieu que la digitaline n'est diurétique que par son action sur la circulation. Nous croyons, avec Claude Bernard, que tout médicament qui augmente la pression artérielle augmente la diurèse et que tout médicament qui diminue cette pression diminue par cela même la sécrétion urinaire.

C'est donc sur la pression artérielle qu'agit la digitale. Comment l'augmente-t-elle dans un cas et la diminue-t-elle dans un autre. C'est en vertu de l'alternance des deux actions opposées propres à tous les médicaments ; ces deux actions opposées sont régies par la loi homœopathique. Si on administre la digitaline à un malade dont la pression artérielle est diminuée et la sécrétion urinaire extrêmement réduite, la digitaline augmentera

la pression artérielle et amènera la polyurie. Si vous administrez la digitale à un malade dans des conditions contraires, c'est-à-dire ayant des urines abondantes et une pression artérielle forte, la digitale diminuera à la fois et la pression artérielle et la quantité d'urine. J'ai eu l'occasion d'observer ce fait plusieurs fois en clinique.

Mais le mécanisme des deux actions alternantes opposées observées chez notre malade est différent. Ici, la deuxième dose de digitaline a été surajoutée à la première dont l'action existait encore et a produit l'oligurie par cette loi qu'une dose forte de médicament produit un effet opposé à la dose faible.

Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

ACALYPHA INDICA

Dans un article paru il y a déjà quelques mois dans l'*Art médical* (1) nous avons rapporté toutes nos connaissances sur ce médicament, regrettant l'absence d'expériences pouvant nous donner une idée de son action sur l'homme sain.

Depuis cette époque, deux expériences ont été faites à Calcutta et nous allons les reproduire *in-extenso*. Nous essaierons ensuite d'en tirer quelques indications thérapeutiques.

(1) Octobre 1895.



Expérience de Babu Joykissen Ghosal, assistant au bureau de contrôle des postes, 34 ans, né de parents bien portants, vivant tous les deux : père 62 ans, mère 55 ans. De sept frères et trois sœurs, quatre frères et toutes les sœurs sont mortes : trois frères de la fièvre paludéenne, un s'est suicidé, une sœur est morte de fièvre paludéenne, une de dysenterie, la dernière des suites d'une brûlure. L'expérimentateur a eu le choléra à l'âge de 3 ans, les fièvres paludéennes, avec hypertrophie de la rate à 10 ans; il jouit depuis lors d'une bonne santé, sauf quelques accès de fièvre paludéenne. Au moment de l'expérimentation, il est en très bonne santé, quoique vivant dans un village exposé aux fièvres paludéennes; habitudes sobres et régulières, constitution un peu bilieuse, caractère doux et tranquille.

Le 3 septembre 1895, à 10 heures du matin, je prends V gouttes de teinture mère dans un once d'eau (30 gr.) en présence du Dr Sircar. Quelques minutes après en arrivant chez moi à Calcutta, j'urinais une fois, probablement pour avoir pris du liquide à une heure inaccoutumée. Une demi-heure après avoir commencé l'expérience, soif et légère sécheresse de la gorge qui persiste environ une demi-heure et qui disparaît après un bain froid à 11 heures.

Environ un quart d'heure après le bain, je ressentis une sensation particulière de sécheresse de la langue et de la gorge, comme si des mucus avait été amassés dans la gorge, sensation ressentie particulièrement pendant la déglutition à vide. Je déjeunais à 11 h. 45, après quoi tous les symptômes disparurent pendant une heure. A 1 heure après-midi, pendant que je lisais, le dernier symptôme relaté reparut pendant plusieurs heures.

A 5 heures, je pris une autre dose de V gouttes de teinture mère. Cette fois, il ne survint aucune sécheresse de la gorge ou de la langue, mais la gorge paraissait plus remplie de mucus, avec petite toux de temps à autre.

Légère pesanteur dans la partie inférieure des intestins, suivie de tranchées, soulagées cependant après l'émission de gaz de mauvaise odeur (mes gaz n'ont ordinairement pas mauvaise odeur).

Le 4. En me levant le matin, je ressentis une légère sécheresse à la gorge. Selle matinale habituelle.

A 8 h. 30, je pris X gouttes du médicament, dont l'odeur me parut un peu corrompue cette fois. Je sortis voir quelques personnes, mais rentrai plus tôt que d'habitude à cause d'un besoin de garde-robe ; à 9 h. 30, selle molle, d'une couleur brun-rougeâtre, accompagnée et suivie de gargouillements bruyants. Bain à 10 heures ; en m'asseyant pour déjeuner, nausées et mal de cœur qui persistent toute la journée.

A midi, je commence à ressentir un mal de tête lourd, débutant dans la région frontale pour se fixer graduellement au niveau du sourcil gauche. La douleur paraissait alors localisée au bord extérieur de l'orbite et m'empêcher d'ouvrir complètement les paupières. Cette douleur me dura plus d'une heure, puis commença à diminuer graduellement pour disparaître complètement au bout de trois heures ; les nausées cependant, persistèrent toute la journée. Je n'osais me hasarder à prendre une autre dose dans la soirée. Je fus appelé le soir dans mon village natal, environ à huit milles (13 kilomètres environ) au nord de Calcutta, auprès de membres de ma famille qui étaient malades ; ayant dû partir précipitamment, j'oubliai le

médicament dans mon logis à Calcutta et ne pus en prendre pendant tout le jour suivant.

Le 5. Pas de médicament. Je me sentais aussi dispos que jamais, n'avais aucun trouble d'estomac, de la gorge ou de la tête; j'eus ma selle comme d'habitude, sauf qu'elle était un peu molle; je pris mes repas avec mon appétit habituel et eus un bon sommeil la nuit.

Le 6. A midi et demi, je pris XV gouttes, environ trois heures après le déjeuner, et la plupart des symptômes précédents reparurent dans la journée, c'est-à-dire tranchées, flatulence, mal de tête frontal gravatif, sensation de lassitude et de fatigue avec diminution de l'appétit et nausées.

Le 7. Selle pressante en sortant du lit, diarrhéique, avec accompagnement de gaz.

A 8 heures, je pris XV gouttes; une demi-heure après sensation de lourdeur dans la tête et de pression à l'estomac suivie de nausées et d'éructations. Bain à 9 heures. A 9 h.1/2 sensation de chatouillement dans la gorge, amenant de la toux avec expectoration visqueuse, s'accompagnant de sécheresse et de brûlure de la gorge qui me rendit mal à l'aise toute la journée; je ressentis une grande fatigue vers le soir, avec brûlure dans les yeux et grande envie de fruits acides et d'eau sucrée.

A 6 heures du soir, je pris une nouvelle dose de XV gouttes. Vers 7 heures, gaz bruyants de mauvaise odeur; peu ou pas d'appétit à mon repas du soir; sommeil troublé de rêves.

Le 8. Selle peu facile; l'abdomen semble rempli; évacuation de vents; la tête et les yeux paraissent lourds; désir de rester couché, somnolence sans pouvoir dormir, plénitude de l'estomac, suivie d'éructations avec en-

vie de vomir et émission d'une quantité de liquide amer en me lavant la bouche et les dents le matin; toux à noter aussi de temps à autre; la gorge paraît remplie d'un mucus qui ne peut être évacué facilement.

A 8 heures du matin, je pris une dose de XX gouttes et j'eus peu après une sensation indescriptible de nausée avec dégoût de la nourriture, et cela persista même après mon bain froid à 9 heures.

A 10 heures, je pris mon déjeuner après lequel je me reposai un moment, j'étais somnolent sans pouvoir fermer les yeux à cause d'un mal de tête frontal oppressif.

A 11 h. 1/2, grande soif, je bois un grand verre d'eau.

A midi, éternuements et coryza avec écoulement liquide aqueux du nez et des yeux, lourdeur et mal de tête avec raideur du cou; je me couchai avec ces symptômes, mais le sommeil était agité et pas du tout reposant.

A 3 heures, je me levai et commençai à ressentir des coliques très douloureuses.

A 4 heures, nouvelle selle, aqueuse, brûlante, avec émission de gaz, la fin contenant du mucus.

A 6 heures, nouvelle selle, aqueuse, muqueuse, écumeuse, plus brûlante que la précédente, couleur d'abord rougeâtre et bonne, ensuite, verdâtre, grande soif après la selle; je bois un peu d'eau sucrée. Je n'ose prendre une autre dose et le médicament fut arrêté ce soir-là.

A 8 heures du soir, envie plus urgente d'aller à la selle; celle-ci était encore entièrement liquide et jaillissait à flot; je restai quelque temps assis à la garde-robe et j'émis fréquemment des vents avec des mucus écumeux; grande faiblesse consécutive.

A 9 heures, je pris un simple sagou et me couchais,

une heure après je fus réveillé par un besoin urgent de garde-robe avec émission d'un peu d'eau claire d'une odeur nauséabonde ; sommeil troublé de rêves.

Le 9. Pas de médicament. Je me levai le matin dans un grand état de fatigue ; je bus une tasse de lait quelque temps après ; je pris mon bain puis me trouvai un peu reposé. A 9 heures, je déjeunai, sans autre trouble des intestins, qu'un léger catarrhe qui disparut en deux jours.

Le 22. Reprise de l'expérience après un repos de quelques jours pour me libérer des effets de l'expérience précédente. Je puis mentionner une abstention complète, pendant tout ce temps, de toute sorte d'écarts, sexuels ou autres, et me conformai strictement à mon régime habituel.

A 7 heures du matin, je pris X gouttes dans 30 grammes d'eau et, à 8 heures, je commençai à ressentir une légère sécheresse de gorge et des nausées, soulagées en prenant une tasse d'eau sucrée avec du citron. J'urinai alors et me sentis mieux surtout après mon bain froid à 9 h. 1/2.

A 10 heures, je pris mon repas et aucun symptôme digne d'être noté ne parut pendant le jour.

A 5 h. 1/2 du soir, je pris une nouvelle dose de X gouttes qui amenèrent bientôt après une sensation de nausée et de plénitude de l'estomac suivie de flatulences et de perte d'appétit ; à 9 heures, je pris mon repas du soir suivi d'une bonne nuit reposante.

Le 23. Sensation de langueur en me levant ; ma selle du matin ne fut pas facile et avait été émise avec des gaz bruyants. La tête et les yeux semblaient lourds et l'appétit faible.

A 8 heures du matin, je pris X gouttes ; nausées et éructations une demi-heure après. A 9 heures, j'étais triste et un peu altéré, avec le goût pour les boissons acides.

A 9 h. 1/2, je pris mon bain, puis me mis à table pour déjeuner, mais pus à peine manger et encore avec dégoût. Après le repas, somnolence et désir de ne rien faire.

A 11 heures éructations et pyrosis ; l'estomac et l'abdomen semblent très remplis et chargés ; même état pendant environ cinq heures.

Entre 4 et 5 heures, je ressentis une grande lourdeur et je bâillai plusieurs fois ; les yeux devinrent humides et la bouche se remplit de salive.

A 5 heures du soir, je pris une autre dose de X gouttes, qui me firent mal au cœur ; mon appétit continua à être aussi mauvais que le matin.

A 5 h. 1/2, je fis une course, mais bientôt ayant soif je revins a la maison où je bus une tasse de lait chaud.

A 6 heures, colique intestinale suivie de besoin d'aller à la selle. Celle-ci fut petite, diarrhéique et accompagnée de gaz bruyants. Cela cependant me soulagea un peu.

A 9 heures, je pris mon repas du soir et me retirai au lit peu après ; sommeil troublé de rêves.

Le 24. Je m'éveillai dès 3 heures du matin ; ayant soif, je bus un verre d'eau ; je me sentis tout à fait mal à l'aise et me recouchai avec les yeux lourds. En me relevant à 6 heures, je sentis une douleur de dent, avec gonflement des gencives qui furent douloureuses toute la journée.

De 6 à 8 heures, aucune envie d'aller à la garde-robe, mais j'urinai plusieurs fois et eus fréquemment des gaz bruyants et de mauvaise odeur. Ecoulement aqueux du

nez et des yeux et grand malaise. Je me présentai à la selle à 8 heures, j'eus seulement une petite selle diarrhéique qui ne me soulagea pas. Je ne me baignai pas ce matin et ne pris pas de médicament.

A 9 heures, je pris une tasse de lait chaud et me reposai une heure sans autres symptômes que quelques bâillements.

A 10 heures, je pris mon déjeuner consistant seulement en une poignée de riz bouilli et d'un peu de lait chaud. Bien que j'eus plusieurs éructations après le déjeuner, je ne ressentis pas aujourd'hui de pyrosis. J'étais somnolent et je dormis deux heures vers midi, ce qui me fit bien. La douleur de dent et le gonflement des gencives paraissaient diminuer, l'écoulement du nez et des yeux avaient disparu, mais étaient remplacés par du mal de tête et de la toux.

A 4 heures, je pris une dose de X gouttes qui détermina bientôt après des éructations et des nausées qui, pourtant, disparurent en respirant un citron.

A 5 heures, je commençai à ressentir des coliques intestinales, qui amenèrent une évacuation, qui, bien que diarrhéique, amena un grand soulagement. Sauf la toux qui était un peu fatigante, je fus très bien ce soir-là et mangeai mon dîner avec goût ; le sommeil fut un peu troublé par des rêves.

Le 25. En m'éveillant je sentis un pressant besoin d'aller à la selle, qui fut d'abord aqueuse, puis ensuite molle, émise par petites quantités à la fois et suivie de gaz. La douleur de dent et l'enflure des gencives étaient tout à fait passées, mais la toux avec sécheresse de la langue et de gorge me gênait beaucoup. Les crachats étaient expulsés comme de petites balles arrondies, de couleur cendrée.

A 8 heures du matin je pris une dose de X gouttes et peu après ressentis une légère brûlure dans la gorge et le voile du palais avec envie de boissons acides. Bain à 9 heures, déjeuner à 9 h. 1/2: ensuite je me mis à lire et n'observai pendant quatre heures aucune sorte de symptômes sauf quelques éructations. Mais malgré cela l'estomac resta rempli jusqu'à tard dans l'après-midi et il y avait beaucoup de borborygmes dans l'abdomen, qui semblait rempli de gaz et je ressentis une grande lassitude avec une grande lourdeur et bâillai plusieurs fois vers le soir. J'eus à peine d'appétit au dîner. Le sommeil fut très troublé par des rêves et j'eus une perte séminale nocturne.

Le 26. J'eus un besoin urgent d'aller à la selle en me levant du lit ; celle-ci fut diarrhéique, muqueuse, s'accompagnant de gaz et de coliques intestinales. La toux fut aussi fatigante; la gorge paraissait encombrée de mucus qui était expulsé au dehors en petites quantités foncées (couleur de plomb).

A 8 heures du matin, je pris une dose de X gouttes ; son odeur était écœurante, ainsi que les renvois qui suivirent son administration.

A 9 heures, je pris mon bain et mon déjeuner. Pendant que j'écrivais une lettre, je ressentis un mal de tête du côté gauche qui me fit beaucoup souffrir pendant deux heures puis disparut graduellement. Pendant ce jour, je ne ressentis sérieusement qu'une plénitude de l'estomac et des gargouillements dans le ventre.

Dans l'après-midi, je fus appelé dans un village paludéen voisin pour un cas très grave de dysenterie chez un enfant, auprès duquel j'eus à veiller constamment pendant deux ou trois jours et nuits. Cela me donna une forte fièvre qui me tint au lit plus d'une semaine. Depuis lors,

j'ai souffert de temps à autre de fièvre et naturellement ai interrompu momentanément l'expérience.

Expérience de Babu Gopal Chandra Datta, gérant de la pharmacie homœopathique de MM. Berigny et Cie. Agé de 40 ans, de constitution bilieuse et de tempérament sanguin. Aucune maladie constitutionnelle dans la famille. Père mort à 60 ans. Mère âgée de 60 ans. Deux frères plus âgés morts dans l'enfance, un de petite vérole, l'autre du choléra. Un frère plus jeune, mort aussi dans l'enfance, d'hématurie. De deux sœurs plus jeunes décédées, l'une est morte du choléra vers 5 ans, l'autre d'une fièvre remittente vers 15 ou 16 ans. L'expérimentateur, vers 5 ans, souffrit d'un relâchement d'intestin ; vers 7 ans, de stomatite aphtheuse ; vers 10 ans, pendant un an, de fièvre malarienne avec hypertrophie de la rate. En 1883, dysenterie. Depuis lors, sa santé a été suffisamment bonne sauf quelques accès de fièvre. Il est d'habitudes régulières et sobres.

Le 5 septembre 1895, à 1 heure après-midi, pris X gouttes d'acalypha indica dans un peu d'eau simple. Bientôt après, sensation de brûlure dans la gorge qui gagna la partie supérieure du pharynx, qui diminua graduellement et fut remplacée par une sorte de chatouillement ou plutôt de sensation d'arête provoquant la toux. Celle-ci faisait disparaître instantanément le chatouillement, qui revenait bientôt et ramenait la toux. Au bout de la langue, sensation assez agréable, comme celle que produit la menthe. A 2 h. 1/4, sensation momentanée de chaleur s'étendant à tout le corps et partant de la région du cœur. Eternuements.

A 4 h. 40, pris XV gouttes. Légère douleur sourde dans

les deux tempes. Brûlure dans l'œsophage, ressentie surtout au cardia et s'irradiant vers le cœur. La douleur de la tempe droite cesse en quelques minutes ; celle de la tempe gauche persiste, tout en disparaissant par moment; le nez paraît comme s'il allait couler, sans écoulement cependant ; brûlure dans la gorge.

A minuit, en me réveillant, soif, je bus un verre d'eau; la douleur des tempes reparaît et amène alors une sorte de nausée avec envie de vomir ; cette sensation de mal de cœur, qui passe en quelques minutes, me rendit triste ; je me sentis somnolent et ne pus rien noter jusqu'à ce que je m'éveillai de nouveau vers 1 h. 40, alors je ressentis la douleur dans les deux tempes, la sécheresse de la gorge, comme celle que l'on a après avoir pris froid, et des nausées. Pendant quelques minutes, j'eus une crise d'éternuements, après quoi la douleur de la tempe droite parut cesser, celle du côté gauche persistait, mais plus légère. Douleur et pesanteur à la partie supérieure de l'abdomen, comme après des aliments indigestes. Cette douleur me tint éveillé, et fut suivie peu après par une douleur brûlante de la même région. Puis toux précédée d'un chatouillement dans la gorge. Cette toux continua par quintes. Je m'assis dans mon lit pour noter ces symptômes et je trouvai que la douleur brûlante dans le haut de l'abdomen avait disparu. Léger coryza dans la narine gauche qui, à 2 h. 40, passa à la narine droite que je dus essuyer et moucher. Le chatouillement de la gorge continuait amenant la toux. Je me recouchai : les deux narines commencèrent à couler et je dus les essuyer de temps à autre. Après que les intestins eurent remué le matin, je ressentis des coliques sourdes à l'ombilic.

Le 6. A 2 heures après midi, XX gouttes : cha-

touillement de la gorge et toux; à 2 h. 45, éternuements répétés. A 5 h. 10, XX gouttes. Rien à noter, sauf éternuements de temps à autre.

Le 7. XXV gouttes à 7 h. 30 du matin, pas de symptômes. Après avoir pris XXV gouttes le soir, éternuements, léger catarrhe nasal, chatouillement dans la gorge et toux, accumulation dans la gorge de mucus non visqueux, en petites masses, qui est expectoré facilement.

Aucun médicament du 8 au 19. Pendant ce temps, il y eut de temps à autre des chatouillements dans la gorge et de la toux.

Le 13. Je notai en outre : gaz circulant dans les parties inférieures de l'intestin et émis avec les garde-robes. Douleur dans la tempe gauche, en se levant, le matin, après le sommeil.

Le 14. L'accumulation de mucus dans la gorge n'est pas sentie davantage. Chatouillement et toux survenant de moins en moins.

Le 20. V gouttes dans deux cuillerées d'eau pure à 5 heures du soir. Sensation de chatouillement ou mieux d'âcreté dans la gorge ; nécessité de faire *hem* et de racler pour nettoyer la gorge. Sensation d'acidité la nuit.

Le 21. Pendant la selle habituelle du matin, quelques gaz. A 7 heures, après la selle, X gouttes.

Sensation de brûlure, surtout au cardia et à la gorge, persistant jusqu'à 8 heures. Des gaz semblent naître dans la partie inférieure des intestins et remonter vers la partie supérieure. Propension à rendre des gaz. Toux avec petites expectorations. Sensation de chaleur dans le front. Pression dans la paupière supérieure droite pendant quelques secondes. Pression passagère dans la tempe droite, allant

et venant. Pression et lourdeur dans la poitrime. Disposition à racler la gorge et à tousser.

Quoique j'aie pris moins de la moitié de ma nourriture habituelle à mon repas du soir, mon abdomen semble rempli.

Le 22. En m'éveillant de bonne heure le matin, expulsion de gaz et éructations, sensation d'indigestion comme si la nourriture pesait lourdement sur mon estomac, douleur en vrille dans la tempe gauche, acidité; chatouillement dans la gorge et toux; selle insuffisante.

A 7 h. 1/2, pris V gouttes, toux pendant quelques minutes immédiatement après. A 7 h. 45, sensation de brûlure à la partie antérieure de la langue; de rudesse au palais, à la gorge et à la poitrine. Afflux d'eau dans la bouche. A 8 heures, lourdeur de la poitrine. Brûlure de tout le canal alimentaire, surtout au niveau du cardia. A 8 h. 20, gaz collectés dans la partie inférieure de l'abdomen. Disposition ou plutôt désir de rendre des gaz. A 8 h. 40, douleur sourde dans la cheville gauche et l'épaule gauche, ainsi que dans le genou gauche. Pression à la tempe gauche. Douleur dans le genou droit et le coude droit. Gaz provenant de l'S iliaque et allant vers le côté droit, à deux doigts de largeur au-dessous du nombril et allant ensuite vers le bas. Douleur dans le poignet droit, borborygmes dans la partie inférieure de l'abdomen, partant d'au-dessous de la dernière fausse côte. Crises d'éternuements à 5 heures du soir avec écoulement aqueux de la narine gauche. Douleur dans la hanche gauche à 6 heures. Gaz de mauvaise odeur; mouvements de gaz avec borborygmes dans la région intercostale gauche, quatre doigts au-dessous du sein gauche. Douleur du membre inférieur gauche, allant du genou en

haut. Gaz pendant que j'urine. Douleur au milieu de l'abdomen. Douleur de l'abdomen et gaz fétides. Petit furoncle à la hanche droite, paraissant sensible au lavage. Autre petit furoncle sur le bord de la lèvre supérieure. Ils disparaissent tous les deux sans suppuration en suspendant le médicament.

Le 23. Pris V gouttes à 7 heures du matin. Toux immédiate. A 8 h. 10, douleur sourde au centre de l'abdomen, douleurs lancinantes à droite et à gauche au niveau du mamelon; sécheresse de la gorge. Humidité de la langue, douleur lancinante dans la tempe gauche. Gaz de mauvaise odeur.

Le 2 octobre. Pris XXV gouttes à 1 h. 25 après midi. Douleur pressive dans la paupière supérieure gauche. A 3 h. 30, sensation de plénitude de l'abdomen. A 4 heures, douleur pressive dans la tempe gauche, irritation, hémicranie, la plénitude de l'abdomen continue: émission de vents bruyants.

Le 22 novembre. Sixième jour de la lune. Expérience résumée. A 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire trois heures après un déjeuner consistant en riz, pois et végétaux, dans un état de santé normal, je prends 2 gros d'acalypha dans une once d'eau simple. A 3 h. 25, sensation d'âcreté dans la gorge; brûlure dans la région précordiale; sensation de chaleur dans la partie inférieure de l'abdomen; fourmillement à l'extrémité de la langue, comme au contact de la menthe. Douleur forante dans l'hypochondre gauche; sécheresse de la gorge; douleur piquante à la région précordiale; légère pesanteur à la région occipitale droite; sensation piquante en de petits points de la langue comme ceux que causerait du sel sur une surface ulcérée et humidité de la langue. Douleur sourde à la région pré-

cordiale; douleur sourde des dents molaires supérieures s'irradiant vers la tempe droite. Douleur de la tempe droite. Douleur de la tempe gauche; douleur des incisives supérieures. Lourdeur de l'occiput. Douleur le long des sutures occipito-pariétales. Douleur dans les dents molaires supérieures gauches. Pyrosis. Brûlure de la partie supérieure de l'abdomen. Douleur pressive dans la paupière supérieure droite.

A 4 h. 25, les symptômes de la tête et des dents diminuent; besoin sans résultat de faire des éructations; pression de vents vers l'anus; brûlure à la région épigastrique; douleur à la partie supérieure de l'abdomen comme après des aliments indigestes; sensation de distension de l'abdomen sans tympanite; douleur piquante dans la partie inférieure de l'abdomen; odeur de teinture d'acalypha. A 5 heures, les symptômes de la tête et des dents ont complètement disparu; éructations bruyantes améliorant la sensation d'enflure de l'abdomen; sensation de constriction de la gorge avec besoin de faire *hem* et de graillonner; brûlure de la gorge; douleurs pressives dans la région sus-orbitaire droite.

A 7 h. 40, pris X gouttes dans une once d'eau pure; lourde douleur pressive dans la région sus-orbitaire; pression à l'intérieur des deux tempes; douleur irrégulière, plutôt erratique, de différentes dents, tantôt l'une tantôt l'autre; éructation sans goût; douleur brûlante de la partie inférieure de l'intestin; émission de gaz non bruyants. Je pris mon repas (pain fait à la main et quelques aliments végétaux) à 8 h. 40. A 9 heures, irritation de la narine droite, comme avant d'éternuer, bruit de gargouillement dans la région inférieure de l'abdomen avec légères coliques. Emission de gaz bruyants; quel-

ques-uns sont émis avec effort; douleur forante dans la tempe droite. Eructations et émission de gaz simultanés. Douleur piquante dans l'abdomen, aggravée à 9 h. 15. Des gaz s'échappent sans bruit. Douleur des molaires supérieures droites. Somnolence à 9 h. 25. La tête (région frontale) semble étrange le matin, comme après une nuit d'insomnie, quoiqu'ayant dormi lourdement, le sommeil étant devenu irrésistible de très bonne heure.

Le 23 novembre. A 7 h. 15 du matin, pris XX gouttes dans de l'eau pure, en me dépêchant. A 7 h. 50, sensation de resserrement de la gorge et disposition à faire *hem* et à graillonner pour nettoyer la gorge. Sensation de brûlure dans différentes parties de la poitrine et de l'abdomen. A 8 h. 30, brûlure dans la partie inférieure de l'abdomen avec sensation de défaillance. Douleur dans les dents molaires, améliorée en les pressant l'une contre l'autre. Douleur piquante çà et là dans tout l'abdomen. A 9 h. 15, pris XX gouttes, sensation d'eau froide dans l'anus. Emission fréquente de gaz sans bruit après le déjeuner, à 11 heures, consistant en mets ordinaires (riz et pois végétaux). A 1 heure, sensation de plénitude de l'abdomen. Emission de gaz de temps à autre. Douleur sourde dans le ventre. Eructation difficile ne soulageant pas la sensation de distension de l'abdomen. Douleur pressive dans la paupière supérieure droite. Douleur piquante dans le côté droit de la poitrine près de l'articulation de la 5e côte avec le sternum. A 2 heures, pris XX gouttes. Expectoration de mucus provenant de la gorge, qui se remplit de nouveau rapidement. Distension gazeuse de l'abdomen. Afflux d'eau dans la bouche, amenant des nausées lorsqu'on la crache. Douleur coupante dans l'abdomen comme causée par un instrument émoussé. Douleur

sourde dans les deux tempes. A 7 h. 10, renvoi qui soulage la distension de l'abdomen, fréquente émission de gaz sans bruit; le soulagement apporté par les renvois et les gaz ne persiste pas et l'abdomen se distend de nouveau rapidement. A 8 h. 30, douleur des dents molaires supérieures droites, augmentant par l'eau froide. Douleur des dents de devant inférieures. Gargouillements bruyants sous les fausses côtes gauches après le souper qui fut pris à 8 h. 35. Le souper consistait en pain et végétaux; accumulation de mucus dans la gorge, s'évacuant aisément. Gaz bruyants suivis d'éructations. A 9 heures, douleur rongeante dans le bras gauche. Eructation, douleur de l'extrémité inférieure gauche des reins jusqu'en bas.

Le 24. Eternuement dès 5 heures du matin. A 8 h. 25, lourdeur dans la poitrine en marchant, accumulation de mucus dans la gorge à mesure qu'il est expectoré. L'expectoration n'est pas si facile que la veille, elle laisse une sensation de grattement. A 8 h. 30, crise d'éternuements avec titillations dans la narine gauche. A 10 h. 30, expectoration facile du mucus de la gorge après le bain froid habituel. Nausée après le repas, partant de la région précordiale, avec afflux d'eau dans la bouche. Douleur des dents molaires inférieures droites. Douleur pressive dans la paupière supérieure droite. Un peu de distension de l'abdomen après le repas, vers 2 heures après-midi; environ trois heures après le repas. Douleur rongeante dans la jambe gauche et à l'épaule gauche. Constriction légère de l'abdomen avec tranchées et chaleurs brûlantes s'étendant en remontant jusqu'à la poitrine. Anxiété précordiale. Nausées avec afflux d'eau dans la bouche. Lourdeur dans la poitrine et sensation d'anxiété cardiaque. A 5 heures, crise d'éternuements ; douleur

dans la région sus-orbitaire droite, à 5 h. 20, douleur piquante dans l'abdomen au-dessus de l'ombilic, comme par un instrument émoussé, légèrement soulagée par l'émission non bruyante de gaz. Emission fréquente de gaz. La distension de l'abdomen est très diminuée par l'émission de gaz qui soulagent beaucoup la douleur piquante. A 6 h. 30, pris XX gouttes. Sécheresse de la langue à 6 h. 50. Douleur piquante légère au-dessus du sein gauche. Douleur sous les fausses côtes. Douleur de colique à la partie supérieure de l'abdomen. A 8 h. 20, éructations non bruyantes. Repas habituel à 9 heures. En quittant le lit à 4 heures du matin, douleur coupante dans la partie inférieure de l'abdomen, légère douleur de l'extrémité des dents incisives supérieures. Besoin d'aller à la garde-robe une heure plus tôt que d'ordinaire, que je puis cependant différer, mais cela amène une émission fréquente de gaz sans bruits.

Le 25. A 7 h. 45 du matin, douleur coupante dans la partie inférieure de l'abdomen, avec nausées et afflux d'eau dans la bouche. Anxiété à la région précordiale et besoin urgent de garde-robe. Crise d'éternuements. A 8 h. 40, soulèvement gazeux de la partie inférieupe de l'abdomen avec douleur sourde. Bruits dans l'abdomen comme d'une fermentation. Expectoration facile de mucus blanchâtre visqueux, provenant de la gorge, sans toux.

A 3 heures de l'après-midi,pris XX gouttes. A 3 h. 40, pincement douloureux dans la partie inférieure de l'abdomen paraissant renvoyé à la partie supérieure, avec sensation de chaleur, comme si une flamme partait de la région iléo-cæcale pour remonter vers le sternum. Douleur crampoïde flatulente. Brûlure au creux de l'estomac. A 4 heures, légère douleur dans les incisives inférieures.

Eternuement avec expulsion d'un morceau de mucus blanchâtre provenant de la gorge. Douleur coupante dans la partie supérieure de l'abdomen avec sensation de chaleur. A 7 heures, mal de tête frontal, soulagé par le repas à 8 heures. Démangeaisons à l'anus. Sensibilité des dents molaires supérieures droites, l'eau froide les rendant douloureuses. Brûlure dans la partie supérieure de l'abdomen. Le lendemain matin, à son heure habituelle, la selle, qui était molle, fut émise avec une sensation cuisante à l'anus, sensation qui disparaît après lavage. Depuis le réveil, sensation de dépression.

Le 26. A 7 h. 45 du matin, pris XXV gouttes. A 8 heures, battements intermittents d'un vaisseau sanguin au-dessus de l'oreille droite. Légère brûlure de la poitrine et de l'abdomen. Expectoration de morceaux de mucus blanchâtre, sans toux. A 3 h. 30 après-midi, pris XXV gouttes. Douleur pulsatile, comme ci-dessus, allant et venant rapidement, au-dessus de l'oreille droite. Douleur de la moitié droite de la région sus-orbitaire. A 3 h. 40, brûlure de la poitrine ; douleur pressive dans les dents molaires droites. A 4 heures, douleur forante dans la tempe gauche. A 5 h. 15, douleur dans la portion externe de la région sus-orbitaire gauche, avec sensation de chaleur dans tout le corps et désir de quitter ses vêtements. Douleur dans les dents inférieures gauches. Douleur coupante dans la partie inférieure de l'abdomen, soulagée par l'émission de gaz. La langue paraît sèche et épaisse, comme si elle était couverte de saburres. Distension gazeuse de l'abdomen. Bruits de fermentation dans l'abdomen. Douleur dans la région sus-orbitaire droite, semblant provenir de la paupière supérieure droite.

Le 27. Pris à 7 h. 45 du matin XXX gouttes. A 7 h. 20, douleur piquante à une petite place de la région précordiale. A 7 h. 30, chatouillement dans la narine gauche suivi d'une crise d'éternuements. Mouvement oscillatoire de la tête avec sensation de chaleur de tout le corps et désir d'être déshabillé. Accumulation de mucus dans la gorge, expectoré facilement en morceaux de couleur sombre comme s'ils avaient été touchés d'encre et à chaque expectoration, sensation de grattement en un petit point de la gorge. A 8 h. 40, émission fréquente de gaz non bruyants. Après le déjeuner, l'émission de gaz continue. Douleur coupante à la partie supérieure de l'abdomen, avec besoin urgent d'aller à la selle. A 1 heure de l'après-midi grande démangeaison des hanches avec petits points comme des piqûres de puces (ou éruption). Le grattage augmente la démangeaison. Démangeaison sèche à la chute des reins, petites élévations à la région dorsale qui démangent plus après grattage.

Le 28. Arrêt du médicament à cause de la continuation de la démangeaison et des gonflements de la peau. Plusieurs fois expectoration facile de morceaux de mucus de couleur sombre, provenant de la gorge. A 7 heures du matin, démangeaison intense à la paume de la main gauche un peu au-dessous du milieu. Démangeaison moindre aux hanches. Sensibilité des molaires supérieures et des incisives inférieures droites ; le contact de l'eau les rend douloureux.

Le 29. Pas de médicament. Expectoration de mucus de la gorge en morceaux moins foncés. La démangeaison des hanches a complètement disparu. Plusieurs fois gaz sans bruit après le déjeuner. A 3 h. 45 de l'après-midi, légère céphalalgie frontale. Brûlure de l'estomac au

niveau du cardia. A 5 heures, brûlure de la partie inférieure de l'abdomen d'où une flamme paraît remonter jusqu'au sternum. A 6 heures, fourmillement dans le rectum, comme par des vers, et distension gazeuse de l'abdomen. Pyrosis. Tous les symptômes disparaissent à 6 h. 25, sauf le pyrosis. Le goût dans la bouche est comme celui qu'on éprouve quelquefois après avoir pris du sucre de lait.

Le 30. Pas de médicament. Brûlure de l'anus pendant la selle le matin. A 7 h. 45 du matin, brûlure à l'épigastre. Mucus visqueux de couleur blanchâtre, expectoré facilement. A 3 h. 30 de l'après-midi, émission non bruyante de gaz de mauvaise odeur. A 4 h. 40, coliques dans la partie inférieure de l'abdomen. A 8 h. 30, gaz non bruyants après le souper (1).

Le 1er décembre. Expectoration de mucus visqueux noirâtre provenant de la gorge, le matin. A 2 h. 30 après-midi, gaz fétides, sans bruit, répétés. A 7 h. 30, léger mal de tête qui persiste jusqu'à minuit. Démangeaisons des fesses portant à se gratter.

Le 2. Expectoration de mucus visqueux noirâtre provenant de la gorge, le matin. Sensation de défaillance dans l'estomac de 7 heures à 8 h. 30 avec brûlure de tout le corps et de balancement dans la tête qui me force à rester tranquille pendant un peu de temps. A 10 heures plénitude du ventre avec besoin d'aller à la selle. A 3 heures de l'après-midi, douleurs coupantes dans l'abdomen. A 7 h. 45 mal de tête. Emission de gaz sans bruit. Démangeaisons des fesses produisant des élevures comme

---

(1) *The Calcutta Journal of medecine*, novembre 1895.

une éruption. Dans le lit la démangeaison était très agaçante.

Le 3. Expectoration facile de petites masses de mucus visqueux noirâtre provenant de la gorge. Selle insuffisante. A 3 heures de l'après-midi, goût dans la bouche comme après du sucre de lait. Démangeaison intense des extrémités inférieures dans le lit le soir.

Le 4. A 3 h. du matin tranchée dans l'abdomen. Besoin de garde-robe à 4 heures du matin. A 6 heures, toux avec léger catarrhe nasal. Expectoration de mucus visqueux noirâtre le matin, laissant une sensation de râclage dans la gorge. A midi et demi, toux avec un peu de sang rouge brillant venant de la gorge. Plénitude de l'abdomen après le déjeuner, fréquentes éructations. Sensation de vacuité dans la poitrine. Douleur de la région lombaire. A 2 heures, coliques dans le ventre ; sensation de faiblesse dans la poitrine. Pesanteur et oppression dans la région précordiale. Irritation dans la gorge et toux avec petite expectoration noirâtre. Légère douleur dans le côté gauche de la poitrine, un peu au-dessus du mamelon. Douleur pressive sur le sommet de la tête. A 5 h. 50, mal de tête, toux avec expectoration de mucus noirâtre et sensation de grattement dans la gorge. A 7 h. 30, sensation de distension de l'abdomen avec émission de gaz sans bruit, qui cependant, ne diminuent pas la sensation de distension. Douleur de l'occiput à 7 h. 35, gaz bruyant avec soulagement partiel pour un moment, l'abdomen redevenant ensuite comme avant. Brûlure dans les yeux. L'intérieur de la bouche semble comme s'il était recouvert d'une épaisse couche de saburres et comme si elle n'était pas lavée depuis longtemps.

Le 5. A 5 heures du matin, toux avec expectoration

de mucus visqueux noirâtre provenant de la gorge. Plénitude de l'abdomen deux heures après le repas. Pyrosis. A 3 heures après midi, douleur dans la région sus-orbitaire gauche. A 6 h. 45, douleur tranchante dans le haut de l'abdomen : la pression de la main à ce niveau causait des nausées et une sensation douloureuse. Douleur piquante au côté droit de l'hypogastre avec afflux dans la bouche d'eau ayant un goût salé et produisant des nausées quand on la crache. Sensation de faiblesse dans la région précordiale avec oppression de la respiration. Besoin de nettoyer la gorge en graillonnant. A 7 h. 30, sensation de distension de l'abdomen avec émission de gaz qui ne soulage pas la sensation de distension. Gargouillement dans le ventre avec émission non bruyante de gaz. A 7 h. 50, douleur pressive dans les deux régions sus-orbitaires droite et gauche, s'étendant aux paupières supérieures. Douleur sourde des deux tempes, sensation de faiblesse dans la région précordiale, aggravée par une sorte de douleur piquante à ce niveau. A 8 heures, goût particulier dans la bouche, comme après avoir mangé du sucre. Brûlure sur le sommet de la tête.

Le 6. Selle à l'heure habituelle, qui fut liquide, gazeuse et insuffisante. Goût dans la bouche comme après avoir mangé quelque chose de très doux. Expectoration fréquente et facile de mucus visqueux et noirâtre, sans toux. A 7 heures du matin, accumulation de vents dans les intestins. A 8 heures, douleur piquante dans le côté gauche de la partie inférieure de l'abdomen et piqûre dans la poitrine au-dessous du sein droit au même moment. A 11 heures, sensation de distension de l'abdomen une heure après le déjeuner avec besoin d'aller à la selle. Fréquentes émissions de gaz qui ne soulagent pas

cette distension. A 4 h. 45 après-midi douleurs tranchantes dans l'abdomen. A 7 h. 15, douleur de crampe dans la partie supérieure de l'abdomen suivie d'une éructation incomplète.

Le 7. Expectoration de mucus visqueux, moins foncé que précédemment, provenant de la gorge. Depuis la veille, l'accumulation du mucus dans la gorge semble placée plus bas. Fréquente émission de gaz fétides. A 1 h. 45 après-midi, douleur lancinante au-dessus de l'angle supérieur de l'aine gauche, suivie de gaz émis sans bruit. A 2 h. 45, l'abdomen est rempli de vent, léger pyrosis.

Le 8. Mucus nasal épais. Petite selle le matin, émise en une fois. Expectoration de mucus de la gorge, mais peu foncé.

Le 9. A 4 heures du matin, émission fréquente de gaz avec besoin d'aller à la selle. Expectoration de mucus visqueux peu foncé le matin. Collection de vent dans l'abdomen moins d'une demi-heure après le déjeuner et émission de gaz. Fréquentes éructations incomplètes. A 2 heures de l'après-midi crise d'éternuements.

Le 10. En s'éveillant, catarrhe avec sécrétion nasale épaisse, selle molle mais insuffisante le matin. Sensation de distension de l'abdomen après le déjeuner et fréquente émission de gaz.

Le 11. Sécrétion nasale épaisse du matin jusqu'à midi. Selle dure insuffisante le matin. Distension de l'abdomen après le déjeuner et émission de gaz sans bruit. Seconde selle molle.

Le 12. Pas de selle. Après le souper, entre 9 et 10 heures du soir, fréquentes émissions de gaz bruyantes.

Le 13. Pas de selle a l'heure habituelle du matin. Faible selle après le déjeuner.

Le 14. Pas de selle le matin. Vers 11 heures selle en forme de balle après avoir pressé sur les côtés de l'abdomen.

Le 15. Bonne selle formée à l'heure habituelle le matin.

Le 16. Selle molle, avec fracas, à l'heure habituelle. Dans la demi-heure, tendance à une autre selle et sensation d'incertitude dans le rectum.

Le 17. Deux selles diarrhéiques.

Le 18. Une selle molle.

Le 19. Une selle molle, peu abondante.

Le 20. Une selle molle très petite.

Le 21. Selle non molle et insuffisante (1).

Les conclusions thérapeutiques à tirer de ces deux expé-mentations sont assez nombreuses ; nous nous contenterons aujourd'hui d'en signaler quelques-unes.

L'acalypha indica nous paraît indiqué dans la *dyspepsie flatulente*, *l'angine glanduleuse chronique*, le *catarrhe bronchique*.

Dans la *dyspepsie flatulente*, les symptômes qui paraissent spécialiser son emploi sont le ballonnement de tout l'abdomen, les gaz abondants, les éructations, n'amenant qu'un soulagement très passager, s'accompagnant de douleur épigastrique, de pyrosis, d'anorexie, d'afflux d'eau dans la bouche et de diarrhée.

Pour *l'angine granuleuse chronique*, nous relevons dans les expériences l'accumulation d'un mucus visqueux,

(1) *The Calcutta Journal of medicine*, décembre 1895.

noirâtre, dans la gorge, amenant le besoin de racler et de graillonner pour débarrasser la gorge ; la brûlure et la sensation d'acuité dans la gorge.

Pour le *catarrhe pulmonaire*, le coryza avec éternuement, la toux provoquée par un chatouillement dans la gorge, l'oppression, diverses douleurs dans les parois de la poitrine.

Voilà, à première vue, quelques indications pour essayer ce médicament. L'expérience clinique pourra seule dire quelle est sa valeur ; elle pourra seule nous dire quelle est la dose que l'on doive employer.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Diminution de la fièvre typhoide dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine. — II. Sur les bons résultats de la teinture mère de marrons d'Inde contre les hémorrhoïdes. — III. Combien d'enfants dans notre état social sont privées des soins de leurs mères ! — IV. Sur un cas d'immunité vaccinale par transmission intra-utérine. — V. Conclusions d'un travail de M. Maurel (de Toulouse) relatif a la prophylaxie du paludisme.

I

Séance du 31 *décembre*. — M. Vallin lit un rapport sur un mémoire de MM. les D[rs] Dubousquet-Laborderie et

L. Duchesne, concernant la *diminution de la fièvre typhoïde dans la commune* de Saint-Ouen-sur-Seine. Les auteurs de ce mémoire démontrent que la substitution de l'eau filtrée à l'eau détestable que les habitants de Saint-Ouen buvaient autrefois, a fait baisser la mortalité par fièvre typhoïde dans cette localité.

De 1885 à 1892, la population, qui était de 25.000 habitants, fournissait chaque année de 15 à 30 décès typhoïdes, tant à Saint-Ouen même que dans les hôpitaux de Paris, où étaient envoyés les malades ayant contracté leur affection à Saint-Ouen.

En 1892 on a installé dans les établissements publics, et dans les différentes quartiers de la ville, des filtres de sable qui distribuent par jour chacun 1.200 à 1.500 litres d'eau pure, soit 20 litres d'eau filtrée par habitant. Cette eau filtrée aurait perdu, paraît-il, 98 p. 100 des germes qu'elle contenait.

Voici le nombre annuel de décès par fièvre typhoïde a Saint-Ouen avant et après 1892 :

1885	15	décès typhoïdes
1886	16	—
1887	36	—
1888	15	—
1889	11	—
1890	12	—
1891	20	—
1892	23	—
1893	6	—
1894	2	—
1895	1	—

Nous pensons avec M. Vallin qu'une période de trois ans

est bien courte pour affirmer que la fièvre typhoïde est en décroissance à Saint-Ouen ; et qu'il sera bon d'attendre quelques années pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une série heureuse ; d'autant plus qu'en 1892, un an après l'installation des filtres, la mortalité était plus élevée que les quatre années précédentes pendant lesquelles les habitants de cette localité ont bu de l'eau non filtrée.

II

Séance du 7 janvier. — M. Artaud, de Vevey, communique un mémoire sur les bons résultats de la *teinture mère* de *marrons d'Inde* contre les hémorrhoïdes. C'est encore un nouveau larcin fait à l'homœopathie. Æsculus, lorsqu'il est bien indiqué par la constipation, beaucoup de douleur et peu de sang perdu, nous donne journellement de bons résultats dans les hémorrhoïdes.

Comme il est fort probable que nos confrères ne voudront pas rechercher les indications de ce médicament, et que ceux qui l'essaieront l'appliqueront indistinctement à tous les cas, ils n'en obtiendront sûrement pas tous les résultats désirés, ainsi qu'ils ont fait d'ailleurs pour le drosera et tant d'autres médicaments qu'ils nous ont empruntés.

III

Séance du 14 janvier. — En France, durant les trois années 1890, 1891 et 1892, les décès ont excédé les naissances. Il y eut 68.992 décès de plus. En 1893, les naissances n'ont excédé les décès que de 7.146 unités. La mortalité des jeunes enfants se montre particulièrement considérable. En 1892, sur 875.882 décès, 155.618 avaient moins d'un an. Plus d'un sixième succombent avant la fin de la première année d'existence.

M. Lagneau s'est demandé quelle était la cause de cette mortalité infantile, et l'attribue, en grande partie, à l'absence ou à l'insuffisance des soins maternels, dont, dans notre état social, sont privés de trop nombreux enfants. Pour remédier à ce manque de soins, M. Lagneau émet les vœux suivants :

1° Multiplier tous les moyens qui permettent à des mères de plus en plus nombreuses, de conserver près d'elles leurs enfants : tels sont les maternités, asiles, refuges, ouvroirs, crèches, pouponnières, distributions gratuites de lait pur, secours suffisants pour que les mères indigentes deviennent les nourrices payées de leurs propres enfants ;

2° Etendre aux enfants de plus en plus nombreux, la salutaire loi du 23 décembre 1874, pour la protection du premier âge : « En la rendant obligatoire pour tous les départements ; en l'appliquant aux enfants mis en nourrice chez des parents ou des amies, aussi bien qu'à ceux mis chez des nourrices mercenaires;

« En punissant sévèrement toute infraction à la stipulation que l'enfant doit avoir au moins sept mois révolus avant que sa mère puisse se placer comme nourrice sur lieu ;

« Enfin, en exigeant des inspecteurs des enfants protégés, des statistiques mortuaires uniformes et comparables. »

IV

Séance du 21 *janvier*. — M. Hervieux lit un rapport sur une note du D[r] Ausset (de Lille), concernant un cas d'immunité vaccinale par transmission intra-utérine. Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans qui a été vacciné pour la

première fois pendant son enfance et sans succès, puis à son arrivée au régiment, en 1889, nouvelle vaccination sans succès. Il ne présente sur toute la surface du corps aucune cicatrice ni de variole ni de vaccine. Il raconte que sa mère a contracté la variole pendant sa grossesse ; il ne sait pas à quelle période. Le 29 novembre il est revacciné par trois scarifications à chaque bras, qui n'ont donné que deux boutons vaccinaux bien caractéristiques.

M. Ausset attribue cette immunité de vingt-sept années, non à une variole transmise par la mère au fœtus le fœtus n'ayant au moment de sa naissance présenté aucune trace de cicatrice variolique, mais au passage, à travers le placenta maternel, des produits immunisants du germe spécifique, lesquels auraient immunisé ainsi le fœtus.

V

Même séance. — M. Laborde lit un rapport sur un travail de M. Maurel (de Toulouse) concernant la prophylaxie du paludisme. Voici quelles sont les conclusions de l'auteur :

« 1° C'est au moins par l'atmosphère que les microorganismes du paludisme arrivent jusqu'à nous ;

« 2° La respiration, par le mode nasal, en filtrant l'air qui pénètre dans nos voies aériennes, doit constituer un filtre d'une réelle efficacité pour les arrêter ;

« 3° Si ces microorganismes sont transportés par l'atmosphère, c'est surtout par la voie buccale qu'ils sont absorbés ;

« 4° Enfin, et comme conclusion pratique, lorsque les troupes sont en marche dans les pays paludéens, on doit

veiller à ce que, autant que possible, elles gardent le silence;

« 5° Il est à craindre que la quinine, à petites doses quotidiennes, outre les difficultés de son administration chez des troupes faisant campagne, ne soit que d'une bien faible utilité ;

« 6° En me basant sur ma pratique dans le paludisme chronique, il se pourrait que la quinine donnée préventivement à la dose de 0,75 à 1 gramme mais à des intervalles de quatre à cinq jours, donnât de meilleurs résultats.

« 7° Ne pouvant éviter le paludisme d'une manière sûre il faut, par une surveillance attentive, éviter les formes graves, et ce n'est qu'à la condition d'exercer cette surveillance que les formes pernicieuses seront rares ;

« 8° Il faut se tenir autant que possible au vent des foyers paludéens, et s'élever au-dessus d'eux, si on le peut, de 200 ou 300 mètres;

« 9° Il faut laisser les corvées des heures chaudes aux indigènes ou aux noirs;

« 10° Il faut entourer les habitations d'arbres ayant au moins leur hauteur et mettre des vitres aux croisées, pour pouvoir rester à l'abri de la rosée du soir et du matin ;

« 11° Autant que possible ne pas s'exposer à cette rosée;

« 12° Ces travaux, toutes les fois qu'on le peut, doivent être confiés à la race noire qui les fait sans danger; et lorsqu'on ne peut avoir ces travailleurs, s'adresser au moins aux indigènes ;

« 13° Ces atteintes du paludisme, en dehors des terrassements, peuvent être nombreuses, mais elles sont rarement mortelles;

« 14° Même dans les foyers les plus intenses, le paludisme ne peut ni arrêter les entreprises pacifiques des Européens dans les pays intertropicaux, ni compromettre leurs expéditions militaires;

« 15° Le paludisme n'est donc pas un obstacle insurmontable pour notre race, surtout étant donné que dans de nombreux cas, des travaux de drainage, de colmatage, etc., peuvent le faire disparaître;

« 16° Enfin, et il importe d'insister sur ce point, l'Européen doit savoir qu'il peut, dans ces pays, commander, diriger, être fonctionnaire, faire du commerce, exercer les professions libérales, et même y combattre, et y être ouvrier d'art. mais qu'au moins pour les régions dont l'altitude ne corrige pas les effets de la latitude, le travail de la terre lui est interdit, sous peine de mort. »

D[r] Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Sérumthérapie de la variole. — II. Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion de glande thyroïde. — III. Intoxication par la créosote.

I

(*Séance de* 10 *janvier.*) — M. Beclère se livre depuis quelques années à l'étude de la sérothérapie de la variole au moyen du sérum de génisse vaccinée et il vient non pas donner les résultats de sa méthode mais seulement indiquer les recherches préparatoires auxquelles il s'est livré, recherches que nous allons résumer brièvement.

En 1893, le D[r] André, de Bordeaux, essaya mais à très

faible dose le sérum de sujets immunisés par une variole antérieure comme moyen curatif de la variole. En 1893, M. Laudmann et en 1895, M. Mac Elliot essayèrent l'emploi du sérum de génisse vaccinée, mais aussi à faibles doses.

M. Beclère a fait des expériences sur les génisses dès le commencement de 1893 avec l'aide de MM. Chambon et Sainte-Yves-Ménard, et ils sont arrivés à prouver que le sérum de génisse vaccinée, recueilli après la dessiccation des pustules, possède une action immunisante contre la vaccine elle-même. Ce sérum injecté le lendemain ou le surlendemain de l'inoculation vaccinale manifeste encore d'une façon évidente son pouvoir immunisant; seulement, il faut une grande quantité de sérum pour obtenir ce pouvoir immunisant, quantité encore plus grande lorsque l'injection de sérum est faite après la vaccination. Le sérum, injecté sous la peau d'une génisse, à la dose du centième de son poids, au moment de la vaccination à l'aide de nombreuses inoculations épidermiques, montre son action immunisante en faisant avorter le plus grand nombre des inoculations et en enlevant la virulence du liquide des pustules qui se développent tout de même, liquide qui n'est plus inoculable aux enfants et aux génisses non vaccinés.

La conclusion de ces faits pour M. Beclère est qu'il faut injecter aux malades atteints de variole une dose encore plus grande de sérum, puisqu'ils sont malades depuis plusieurs jours déjà lorsqu'on peut les inoculer. Il a donc injecté à ses malades le cinquantième de leur poids et même plus, ce qui produit une dose énorme, et il présente aujourd'hui à la Société une malade guérie à laquelle il a injecté le cinquantième de son poids, soit 1.560 centi-

mètres cubes de sérum. La communication de M. Beclère n'a pour but que de montrer l'innocuité de cette grande quantité de sérum, les cas qu'il a traités étant encore trop peu nombreux pour entraîner la conviction. Il poursuivra ses recherches et les fera connaître ultérieurement.

Nous pouvons dire actuellement que sur dix varioleux qu'il a pu traiter à l'hôpital de Marseille trois ont succombé, dont un atteint de variole hémorrhagique et un enfant atrepsique. Mais il reviendra sur ces observations.

M. Joffroy demande à M. Beclère si les malades qu'il a traités avaient été vaccinés antérieurement. « S'agissait-il de varioles vraies chez des gens non vaccinés, ou de varioles modifiées par une vaccination antérieure? » Dans le premier cas, l'emploi de la méthode avec succès sera très concluant dans les varioles graves; dans le second il aura beaucoup moins d'importance. Il est prouvé, en effet, qu'une variole modifiée par une vaccination antérieure, une varioloïde, peut avoir des débuts très graves, même avec des hémorrhagies, et tourne court en guérissant du sixième au huitième jour. On voit quelles illusions on peut se faire dans le traitement de la variole.

M. Beclère a, parmi ses varioleux, 7 malades qui n'avaient pas été vaccinés, 5 adultes et 2 enfants; ces 2 malades ont donné 2 morts.

II

(*Seance du 17 janvier*). — M. Bourneville présente à la Société 6 malades atteints d'*idiotie myxœdémateuse* (*myxœdème infantile*). 3 ont été soumis au traitement par l'ingestion de corps thyroïde frais; 2 vont y être soumis. M. Bourneville les présentera dans deux ou trois mois et sa communication actuelle a surtout pour but de présenter ses

malades et d'insister sur les caractères présentés par eux, caractères qui se retrouvent chez tous ceux qui sont atteints de cette affection.

Voici les symptômes que nous reproduirons *in extenso*, la maladie étant assez rare et pouvant être mal connue de nos lecteurs : le traitement thyroïdien produit en général une amélioration si considérable qu'il est utile que nous puissions tous reconnaître les cas de myxœdème infantile que nous pourrions rencontrer.

Les 6 malades du Dr Bourneville présentent tous un arrêt de développement intellectuel, l'*idiotie* à des degrés divers; tous un arrêt de développement physique, du *nanisme ;* tous sont *obèses.*

« Leur *tête*, rétrécie en avant, est volumineuse en arrière avec un développement prononcé des bosses pariétales. Le *front* est bas, étroit, déprimé latéralement. La *fontanelle antérieure* persiste, même chez le sujet le plus âgé. Les *cheveux*, sauf chez Gang..., et un peu chez Kr..., sont gros, rudes, semblables à des crins, d'une couleur d'un brun ou d'un blond *roux*, d'ordinaire assez abondants si ce n'est sur la ligne médiane et au-dessus des tempes. Le *cuir chevelu* est, en général, le siège d'une éruption eczémateuse qui résiste aux soins de propreté les plus minutieux.

« Leur *physionomie* exprime l'apathie, l'hébétude, la laideur. Vue de profil, la face est encore plus hideuse, car le prognathisme s'accuse davantage. Les *paupières* bouffies, pâles, bleuâtres, cachant plus ou moins les globes oculaires, sont atteintes de blépharite ciliaire à un degré variable. Le *nez*, chez tous, est camus, bien que leurs parents aient le nez aquilin. Le père de Kram... fait seul exception. Les *joues* sont gonflées, pendantes, comme

tremblotantes. La *bouche* est large. Les *lèvres*, dont la portion cutanée est bleuâtre, sont épaisses, l'inférieure souvent renversée. La *langue*, augmentée dans toutes ses dimensions, se montre presque constamment au dehors. Ce phénomène est surtout accusé chez Bor...

« Les *dents*, irrégulièrement implantées, sont cariées; la seconde dentition est incomplète. Le *menton* est petit, on dirait qu'il a été écrasé jusqu'à la limite de la lèvre inférieure. Les *oreilles* n'offrent pas de malformations, mais elles sont épaissies, d'une pâleur cireuse, d'aspect œdémateux, sans conserver toutefois, ainsi que les paupières, les mains, les pieds, l'empreinte du doigt qui les comprime.

« Le cou est gros, court, et la tête semble s'enfoncer entre les épaules. L'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir la *glande thyroïde*. Des *masses pseudo-lipomateuses*, mal délimitées, parsemées de ganglions légèrement hypertrophiés, s'observent constamment dans les creux sus et sous-claviculaires, dans les aisselles, quelquefois dans d'autres régions.

« Le *thorax* offre des déformations portant sur les dernières côtes, déjetées en dehors, et sur la colonne vertébrale plus ou moins déviée. Le *dos* est voûté.

« Le *ventre*, très gros, très large, rappelle l'aspect du ventre des batraciens, il existe chez eux une petite *hernie ombilicale*, d'autres fois une *hernie inguinale* (Gr...). Le bassin est rétréci.

« Les *organes génitaux* sont arrêtés dans leur développement chez nos trois malades les plus âgés. Chez Gra..., la moustache se dessine et quelques poils ont poussé au pénil.

« Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont gros, courts

et offrent des *incurvations rachitiques*. Leurs articulations sont noueuses. Les *mains* et les *pieds*, souvent cyanosés, sont ramassés, épais, présentent en un mot l'*aspect pachydermique*, pour employer les expressions de Charcot.

« La *peau*, glabre, blanche, sèche, rugueuse, ichthyosique par places, est chez la plupart le siège d'une éruption eczémateuse assez étendue. A la face, la peau est un peu jaunâtre, cireuse, analogue dans une certaine mesure à celle des cachectiques.

« La *digestion* s'effectue d'une façon assez régulière. Les troubles qu'on observe de ce côté, s'ils sont constants, sont d'habitude légers. L'appétit est très modéré ; souvent ils ont de la répugnance pour la viande. La mastication est laborieuse. Les selles sont rares, la constipation fréquente, d'où la production d'*hémorroïdes* ou de *chute du rectum*.

« La *respiration* est gênée. Ils s'essoufflent rapidement. L'haleine est désagréable. Le *pouls* est petit, plutôt fréquent. Les extrémités et les lèvres sont cyanosées. La *température centrale* est au-dessous du chiffre normal. Tous sont très sensibles au froid.

« La *sécrétion urinaire* semble un peu diminuée. Examinées à de nombreuses reprises, les *urines* n'ont jamais présenté d'*albumine*. La miction est normale. La *sécrétion sudorale*, au contraire, s'est toujours montrée imparfaite. Jamais nous ne les avons vus suer, même au moment des plus fortes chaleurs. Tous ont la *voix* rauque, aigre, stridente, en quelque sorte pathognomonique. Leur *démarche* est pesante, accompagnée d'un balancement latéral, d'une sorte de dandinement. Ils ont la plus grande répugnance au mouvement.

« Bien que trois de nos malades soient déjà âgés, ils ne

sont pas *pubères*. La barbe fait totalement défaut chez Jules D... ; ni lui, ni les filles n'ont de poils sous les aisselles, au pénil, etc. Chez deux de nos filles (20 ans et 14 ans 9 mois) les *règles* n'ont point paru ; les *seins* sont rudimentaires ; les appétits sexuels sont nuls ; l'onanisme, si commun chez les idiots ordinaires, n'a été signalé chez aucun de nos six malades.

« La *sensibilité générale* est naturelle. Il paraît en être de même de la *sensibilité spéciale*, autant du moins que l'état intellectuel des malades permet d'en juger. La *parole* est généralement assez limitée.

« Au point de vue des *facultés intellectuelles*, tous sont atteints à des degrés variables, *idiotie* ou *imbécillité*. Chez aucun d'eux, toutefois, nous ne trouvons les caractères de l'*idiotie profonde* tels qu'ils se rencontrent par exemple dans l'idiotie symptomatique de méningite, de sclérose atrophique ou hypertrophique, ou d'un arrêt de développement congénital du cerveau. Ils n'ont pas de tics, pas de balancement antéro-postérieur, ne grincent pas des dents, ne poussent pas de cris, ne sont pas salaces. Ils sont susceptibles d'attention, ils ont de la mémoire. Ils deviennent propres, apprennent à manger seuls, à s'habiller, se laver, à coudre, etc. Tous ont un caractère calme, à l'exception de Kra... qui, contrariée, est sujette à de violents accès de colère. Tous ont conservé les *sentiments affectifs*, s'attachent aux personnes qui les soignent, reconnaissent et caressent leurs parents quand ils viennent les visiter. »

Cette présentation a été le point de départ d'une discussion sur le traitement thyroïdien, discussion que nous allons résumer.

M. Guinon croit les injections sous-cutanées d'extrait

thyroïdien dangereuses chez les enfants et croit, au contraire, que l'ingestion ne présente pas de danger.

M. Marfan a observé des accidents chez les enfants : « J'ai fait prendre à un enfant de 3 ans atteint de myxœdème congénital la dixième partie environ du quart d'un lobe thyroïde de mouton. J'ai observé, dès le lendemain, des accidents très graves ; température à 40°, pouls extrêmement fréquent, faciès toxique, puis disparition du myxœdème en quarante-huit heures, avec desquamation très abondante ; éruption de trois dents en huit jours. Mais l'enfant est tombé dans un tel état de cachexie que je n'ai pas osé continuer. »

Depuis, l'emploi d'un quart ou d'un huitième de tabloïd d'origine anglaise lui a amené des accidents.

M. Bourneville emploie habituellement un demi-lobe de glande fraîche soit 1 gramme environ, tous les jours ou tous les deux jours.

M. Rendu a soigné l'été dernier un enfant myxœdémateux de 4 ans en lui donnant chaque jour une pastille de Burroughs et Wellcome avec un succès remarquable et sans accidents.

M. Beclère signale un procédé de M. Vigier pour conserver au corps thyroïde toutes ses propriétés. « Ce procédé consiste à débarrasser les glandes fraîches de tous les corps étrangers qu'elles renferment, graisse, kystes, etc., à les pulper, à les mélanger immédiatement à du biborate de soude et à de la poudre de charbon, puis à diviser la masse en capsules de 10 centigrammes. »

Nos atténuations homœopathiques de thyroïdine (extrait thyroïdien et glycérine) nous permettent d'employer le corps thyroïde chez les enfants en commençant par des doses très petites que nous augmentons progressi-

vement pour arriver à la dose curative et en évitant ainsi les dangers d'une dose initiale trop forte.

III

M. Faisans lit une observation d'empoisonnement par la créosote. Il s'agit d'un étudiant en pharmacie, de 26 ans, fils de tuberculeux, tuberculeux lui-même depuis 1892. Il était soigné par le Dr Burlureaux au moyen d'injections d'huile de créosote au 1/15, et en faisait depuis trois semaines, à des doses progressivement croissantes : 10, 20, 30, 40 et jusqu'à 140 grammes par jour ; cette dernière dose était atteinte le 6 décembre dernier, le 7 décembre on n'en injectait que 60 grammes, le 8 décembre le malade s'en injecta de nouveau 140 grammes (soit 9 gr. 50 de créosote) et le 9 décembre on trouva le malade dans un état d'agitation et de délire alternant avec un demi-coma.

« A l'examen, on note une dilatation considérable des pupilles ; pas de contracture ni de paralysie ; la température est à 38° ; le pouls, régulier, à 100 ; il existe une hyperesthésie générale très marquée ; le malade paraît souffrir surtout du ventre et de la tête ; sur le lit et dans la chambre, on relève des traces de vomissements survenus la veille, ou dans la nuit. Le Dr Burlureaux porte le diagnostic de méningite tuberculeuse et demande le transfert à l'hôpital ; le malade est reçu dans mon service le 9, et je le vois le 10 pour la première fois.

« Le 10 décembre 1895. Le malade est dans un état demi-comateux, couché en chien de fusil, la tête sous les couvertures, les paupières abaissées ; le froncement permanent des sourcils indique une céphalalgie assez vive.

« Les pupilles sont largement dilatées, la droite plus

que la gauche ; il n'existe pas de strabisme, nulle paralysie circonscrite.

« Il est impossible de lui faire tirer la langue et, quand on insiste, il sort de son état de torpeur pour réclamer de la manière la plus énergique qu'on le laisse tranquille.

« Il paraît avoir une hyperesthésie très accentuée et générale ; les pressions légères des masses musculaires, le moindre attouchement de la peau, sur les membres ou sur le tronc, le mettent dans un état d'agitation et lui font proférer des injures.

« Les mouvements désordonnés du malade empêchent d'ausculter sérieusement la poitrine ; au cœur, on ne trouve rien d'anormal ; le pouls, peu fréquent, est parfaitement régulier ; la température axillaire ne dépasse pas 36°,2 ; le malade a uriné sous lui et il est impossible d'obtenir de ses urines pour les analyser.

« Le 11. Même état nerveux que la veille ; la nuit a été très agitée, avec du délire bruyant et des hallucinations ; le malade a uriné encore sous lui, mais en très petite quantité ; la vessie n'est pas distendue ; il a eu une garde-robe, à la suite d'un lavement ; il n'a pas vomi depuis qu'il est dans le service.

« Le 12. Continuation de l'agitation et du délire, sans fièvre ; dans la journée du jeudi, le délire est tellement violent que l'interne du service, M. Ouvry, lui fait une injection de 1 centigramme de morphine.

« Le 13. Amélioration très notable ; la nuit a été beaucoup plus calme ; cependant le malade n'a pas recouvré sa lucidité : il répond mal aux questions qu'on lui pose et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Les pupilles sont encore dilatées et inégales, la droite plus élargie. Le malade a émis depuis hier plus de 2 litres d'une urine très

foncée, noirâtre, tout à fait pareille à l'urine phéniquée.

« Le 14. L'amélioration s'est rapidement accentuée : le malade comprend bien les questions qu'on lui pose et y répond correctement ; seulement il déclare ne se souvenir de rien ; il se plaint d'une légère céphalalgie frontale ; les pupilles sont toujours très dilatées et inégales ; les urines, beaucoup moins abondantes, ont repris presque leur couleur normale.

« Il apprend que son œil droit a été, à la suite d'un traumatisme, frappé d'amaurose et que la pupille droite est toujours plus grande que la gauche.

« Le 15, le malade sort de l'hôpital. »

M. Faisans avait rapidement constaté qu'il ne s'agissait pas là de méningite tuberculeuse, dont les principaux symptômes manquaient ; la guérison rapide des accidents cérébraux venait assurer ce diagnostic.

Il pense qu'il s'est trouvé en présence d'accidents pseudo-méningitiques amenés par la créosote. L'ouvrage de M. Burlureaux sur le *Traitement de la tuberculose par la créosote* contient, du reste, deux faits d'accidents toxiques, à rapprocher du précédent.

« La première de ces observations peut se superposer, trait pour trait, à celle que je viens de vous lire, sauf que le malade de M. Burlureaux présenta en plus une cécité complète ; les autres symptômes furent les mêmes : fièvre légère, 38° (une seule fois la température atteignit 39°,5), puis hypothermie, à 34° ; alternatives de torpeur et de délire hallucinatoire ; hyperesthésie généralisée ; mictions et garde-robes involontaires ; régularité parfaite du pouls et de la respiration ; pas de paralysie ni de contractures ; dilatation considérable des pupilles avec inégalité : chose curieuse, comme chez mon malade, ce dernier symptôme,

inégalité pupillaire, qui était bien fait pour induire en erreur, tenait à une lésion traumatique de l'œil et se trouvait ainsi dépourvu de toute signification. Enfin l'évolution fut très rapide : amélioration notable le quatrième jour et guérison complète le sixième.

Chez le second malade, les symptômes furent tout autres : céphalée violente, fourmillements dans les membres, sensation de refroidissement permanente coïncidant avec une température de 38°,4; angoisse extrême avec crises apnéïques; contracture douloureuse des quatre membres, convulsions oculaires sans dilatation des pupilles, sueurs profuses à la fin de la crise, etc... Malgré les différences du tableau clinique, il me semble que ce cas peut être rapproché des deux autres : la nature même des symptômes, leur très courte durée (vingt-quatre ou trente-six heures) sont inconciliables avec l'idée d'une méningite tuberculeuse et sont bien plutôt en rapport avec une intoxication; quelques-uns de ces symptômes, notamment les fourmillements, la sensation de refroidissement, les sueurs abondantes font penser que la créosote a été l'agent de cette intoxication. »

M. Faisans termine sa communication en conseillant « de se montrer circonspect à l'endroit d'un médicament qui, selon lui, n'a rien de spécifique, dont les indications sont restreintes, dont les contre-indications sont très multipliées et dont il a peine à comprendre qu'il soit devenu le médicament à peu près exclusif de la tuberculose ».

Séance du 24 janvier. — M. Burlureaux vient, à l'occasion du procès-verbal, défendre le traitement de la tuberculose par la créosote à hautes doses. Il pense que les cas d'intoxication signalés par M. Faisans, ne peuvent pas

faire abandonner ce mode de traitement. En effet. ces accidents n'ont jamais été suivis de mort, ils sont extrêmement rares et, du reste, les médications adoptées aujourd'hui peuvent produire des accidents ; il signale, à ce propos, les morts subites dans le cours des bains froids chez les typhiques, le bromisme aigu dans le traitement de l'épilepsie, les morts par le chloroforme, la chloralose, etc., qui ne font pas abandonner pourtant ces médications.

M. Burlureaux émet ensuite cette opinion « que la créosote produit son effet maximum quand elle est donnée à la dose maxima tolérée pour l'organisme ». Il dit plus loin « en thérapeutique il ne doit pas exister de dose officielle et il n'y a de vraiment utile, que la plus forte dose tolérée », et plus loin que la dose vraiment utile « est celle qui confine à la dose toxique ».

Avant de rapporter les objections présentées par les membres de la société au traitement exclusif de la tuberculose par la créosote, nous ne pouvons laisser passer ces assertions de M. Burlureaux sans protester. Non, il n'est nullement prouvé que la dose vraiment utile est celle qui confine à la dose toxique. C'est une assertion dangereuse, qui viendra autoriser les praticiens à des audaces dans l'administration des remèdes, qui pourront devenir très dangereuses avec des médicaments plus actifs que la créosote ; en outre, il n'est nullement prouvé que des doses fortes soient nécessaires, pour produire une action ; et, en dehors de la pratique homœopathique, on voit tous les jours des doses même faibles produire une action thérapeutique évidente.

M. Faisans rappelle que dans la dernière séance il a surtout conseillé d'éviter l'emploi de la créosote, à doses

très fortes. A ce propos, il rapporte une note de M. Besnier, en juin 1891, dans laquelle il est question « de deux cas dans lesquels les injections d'huile créosotée déterminèrent vers les poumons des poussées congestives extrêmement violentes, qui mirent pendant quelques jours les malades en danger ».

Il a dit aussi que les indications de la créosote dans le traitement de la tuberculose étaient restreintes.

Voici, d'après lui, les indications et les contre-indications de la créosote :

La créosote est *indiquée* dans les cas chroniques avec catarrhe bronchique et *bronchorrhée abondante*; c'est le seul cas où elle puisse rendre des services.

Elle est *contre-indiquée* par la *fièvre*, où elle est dangereuse ; M. Burlureaux lui-même, dans ce cas, ne l'accepte qu'à doses très faibles : chez les tuberculeux *dyspeptiques*, où elle exagère d'ordinaire les troubles digestifs : dans les formes *éréthiques* de la tuberculose.

En réalité, d'après le Dr Faisans, la créosote serait assez rarement indiquée dans le traitement de la tuberculose.

M. Ferrand s'associe aux réserves du Dr Faisans, et comme lui croit absolument aux deux contre-indications suivantes : « la fièvre et la congestion que l'on observe si souvent chez les tuberculeux ».

Il cite ensuite deux tuberculeux atteints de lésions sérieuses, qui « se maintenaient depuis plusieurs années, dans un équilibre à peu près satisfaisant, lorsqu'ils furent soumis à l'usage des injections d'huile créosotée à hautes doses. L'un et l'autre moururent très rapidement, et la prompte aggravation, qui coïncida avec le début du traitement, le porte à croire que la créosote a précipité le dénouement ».

Il est d'avis, en terminant, qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre les doses extrêmes des médicaments pour obtenir d'excellents résultats.

M. Lereboullet vient défendre le traitement créosoté dans un certain nombre de cas où il n'est jamais nuisible lorsqu'il est bien administré.

Nous aurons du reste à revenir sur ce sujet, la Société l'ayant mis à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement mercuriel de la scrofule, du lupus et de la tuberculose. (*Semaine médicale*, 4 décembre 1895.)

M. le Dr E. Giampietro, privatdocent d'otologie à la Faculté de médecine de Naples, essaya l'usage du mercure dans les cas de scrofulose. Les premiers essais eurent lieu sur trois jeunes sourds-muets qui présentaient les signes caractéristiques de la scrofulose à forme torpide.

Chez trois enfants il injecta quotidiennement 0 gr. 001 de sublimé au centre d'un volumineux ganglion sous-maxillaire. Au bout de sept injections l'on constata une certaine amélioration de l'état général, et les malades devinrent beaucoup moins apathiques. Les ganglions dans lesquels on avait pratiqué l'injection avaient légèrement augmenté de volume, et paraissaient un peu plus chauds que la peau environnante. Après vingt autres injections, aucune modification de l'état général ou local ne se produisit. M. Giampietro remplaça alors le traitement hypo-

dermique par l'usage interne du sublimé administré quotidiennement à la dose de 0 gr. 001 dissous dans 50 grammes d'eau additionnée de 1 gramme de chlorure de sodium.

Les malades prenaient de plus chaque matin une décoction de 50 grammes de quinquina.

Au bout de six jours de ce traitement on nota une diminution appréciable du volume des ganglions ; au bout de sept semaines toutes les tuméfactions ganglionnaires avaient disparu et l'état général était devenu excellent. M. Giampietro eut dès lors l'occasion de traiter avec le même succès quarante-cinq cas de scrofulose. La guérison de trois cas de lupus du nez et du pavillon de l'oreille fut aussi obtenue par un traitement à la fois local et général qui a consisté dans le curage et la cautérisation au nitrate acide de mercure des parties atteintes et dans l'administration à l'intérieur du sublimé (0 gr. 001 par jour).

Le traitement mercuriel a encore été institué dans un cas de tuberculose pulmonaire, et un cas de tuberculose intestinale.

Pour le premier cas, ce fut chez un officier de 24 ans issu d'une famille tuberculeuse et qui commença à présenter les signes d'une phtisie à marche rapide, à la suite d'une chute de cheval et d'un coup de sabot reçu dans la poitrine, que le traitement fut commencé. L'on remarquait une caverne à droite et le malade était très épuisé. L'on pratiqua dans cette caverne des injections avec la solution suivante :

Sublimé	0 gr. 10.
Eau distillée bouillie	30 grammes.
Alcool camphré.	XXX gouttes.

3 centimètres cubes de cette solution soit 0 gr. 001 de sublimé étaient injectés. L'état général et local s'améliora progressivement et, après trente injections, il ne restait plus dans le poumon que quelques râles humides.

Le malade paraissant guéri tout traitement fut cessé. Mais au bout de quelques jours le processus morbide se reveilla de nouveau, prit une marche très rapide et emporta le malade.

Pour le second cas il s'agissait d'une entérite tuberculeuse chez une fillette de huit ans. Le ventre était excavé et l'on sentait la présence de tuméfactions multiples des ganglions mésentériques. La guérison complète fut obtenue après quelques mois d'un traitement de sublimé 0 gr. 001 pris à l'intérieur chaque jour, de la strychnine et du régime lacté.

Je ne crois pas devoir terminer ce rapport du traitement de notre distingué confrère, le Dr Giampietro, sans rappeler que notre école homœopathique utilise depuis fort longtemps avec succès les préparations mercurielles dans les cas de scrofulose en général, et dans des cas semblables à ceux que nous venons de relater particulièrement.

Les efets antimalariques et antithermiques de l'Anneslea febrifuga. (*Semaine médicale*, 11 décembre 1895.)

M. le Dr Maurange employa chez neuf paludiques, retour du Tonkin ou de Madagascar, et chez deux tuberculeux fébricitants l'extrait de *l'Anneslea febrifuga* (légumineuses mimosée) connu sous le nom de *Caloja*.

L'on donnait le médicament dans un sirop à la dose de 15 grammes à prendre dans l'espace de huit heures soit à peu près 2 grammes toutes les deux heures. Dès la

première dose, l'on a remarqué un abaissement de température variant de 0°,8 à 1°,4. Après la seconde dose la température tombait à son niveau normal. Les malades éprouvaient un sentiment de bien-être que ne leur avait jamais procuré la quinine. Sur les neuf paludiques traités, trois n'ont pas vu leur fièvre récidiver, cinq ont eu encore de faibles accès fébriles, mais la température n'a pas dépassé 38°,7. — Un seul malade a présenté un fort accès 40°,4, mais à la suite du second traitement les accès ne se sont pas reproduits.

Par contre chez les deux tuberculeux, bien que l'action antipyrétique du médicament ait été manifeste, dès le lendemain la fièvre a apparu de nouveau.

Du traitement de la teigne tondante par le sel de cuisine.

(*Semaine médicale*, 11 décembre 1895.)

M. le Dr Reilly (de Londres) applique avec succès sur le cuir chevelu atteint de teigne tondante, des compresses imbibées d'eau salée. La compresse est mise en place le soir au moment du coucher, le lendemain on lave la tête avec un savon à l'acide borique. La guérison s'obtiendrait en moins d'un mois.

Le traitement aurait été suggéré à notre confrère, par le fait que l'état local des enfants teigneux s'améliorait par suite d'un séjour prolongé au bord de la mer, amélioration que M. Reilly attribue à l'action du chlorure de sodium répandu dans l'air.

De la résection des canaux déférents et de son influence sur l'état de la prostate. *Neuvième Congrès français de Chirurgie tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895.* (Séance du 21 octobre 1895.)

M. le Dr Guyon rappelle que la solidarité si étroite qui existe entre l'appareil testiculaire et la prostate est purement fonctionnelle. A part quelques anastomoses veineuses, sans importance, l'on peut considérer la circulation de la prostate comme absolument indépendante de celle des testicules.

Il était donc rationnel de songer que l'isolement physiologique de ces deux organes, par la suppression des canaux déférents, pourrait suffire pour obtenir les mêmes effets que ceux réalisés par l'absence ou l'ablation des testicules.

En juin et en juillet, M. Guyon pratiqua la résection bilatérale des canaux déférents sur deux malades et M. Legueu qui seconda M. Guyon dans ses expériences, fit une troisième fois cette opération au mois d'août. Ces opérations avaient été précédées d'expériences dont voici les résultats.

M. Legueu exécuta sur une série de chiens la castration double, la resection bilatérale des canaux déférents, et enfin la résection d'un canal déférent à gauche, et la castraction à droite.

Avant d'opérer, l'on a examiné la prostate par le toucher rectal, et on a figuré dans un schéma, pour chaque animal, le volume de sa prostate.

Les chiens castrés sont au nombre de trois, deux ont été sacrifiés au bout de cinq mois et le troisième après deux mois et demi. Chez les deux premiers la prostate avait

diminué à peu près des deux tiers et chez le troisième l'atrophie était déjà visible.

Quatre chiens ont été soumis à la résection bilatérale des canaux déférents. L'un a été sacrifié après cinq mois, le deuxième après quatre mois et les deux derniers après deux mois et demi. Chez aucun de ces animaux, la prostate n'a paru changée de volume mais l'examen histologique a montré une condensation du tissu interstitiel au contact des culs-de-sac glandulaires, et chez l'un d'eux une atrophie très réelle du tissu glandulaire.

Ce sujet est un de ceux sacrifiés après deux mois et demi. Chez l'animal auquel on fit la castration d'un côté et la résection d'un canal de l'autre, et qui ne fut sacrifié qu'après cinq mois, on ne constata aucun changement dans le volume de la prostate, ni aucune modification du tissu glandulaire.

D'après ces expériences, l'on ne saurait comparer les effets de la résection des canaux déférents, à ceux de la castration. Toutefois la résection bilatérale des canaux déférents montre que si cette opération n'a pas sur l'atrophie de la prostate l'influence rapide qu'exerce la castration, elle n'est pourtant pas sans action. Il est donc permis de penser qu'elle serait peut-être capable d'amener à la longue des résultats analogues.

Le premier des malades opéré par M. Guyon souffrait depuis plus de dix ans d'une rétention incomplète et lorsqu'il réclama ses soins, il était sous le coup d'une fréquence exagérée des mictions qui l'obligeait à multiplier les sondages.

La traversée de la prostate était souvent difficile et le contact de la sonde la faisait assez fortement saigner. Le

toucher rectal permettait de constater son volume exagéré et sa mollesse ; le lobe droit surtout était hypertrophié.

Le 11 juin la section bilatérale des canaux déférents fut pratiquée. Au bout de peu de jours il y eut diminution manifeste dans la fréquence des mictions et le cathétérisme put être pratiqué avec facilité et à plus longs intervalles. A la fin de juillet, la prostate avait sensiblement diminué de volume.

Le second malade, âgé comme le premier de près de 70 ans, avait également une rétention depuis plusieurs années. Sa prostate était volumineuse et partout uniformément résistante. La résection des canaux déférents fut faite à la fin de juin. Au bout de quelques jours, le cathétérisme ne fut pratiqué que tous les six ou sept heures, mais on ne constatait que fort peu de modifications dans la consistance et le volume de la prostate.

Après deux mois d'observation, la consistance et la forme des testicules était la même. Le même fait a été noté sur les animaux.

Le malade de M. Legueu, qui était en état de rétention complète depuis un mois, a été opéré le 9 août. Un mois après la résection bilatérale des canaux déférents l'état du malade était toujours le même, mais il y a disparition du gonflement épididymaire et il ne devait pas tarder à uriner sans sonde et lorsqu'on le revit au mois de d'octobre, il ne se cathétérisait que tous les dix jours. L'état de la prostate restait le même. M. Guyon nous dit qu'il ne paraît pas douteux que la solidarité fonctionnelle qui existe entre la prostate et l'appareil testiculaire ne puisse jouer un rôle important et parfois décisif dans la production ou l'entretien des poussées congestives qui influent si grandement sur le sort des prostatiques. Chez ses deux opérés

la séparation physiologique résultant de la résection bilatérale des canaux déférents semble avoir amené cette diminution désirable et cherchée de leur état congestif.

« Cette opération peut aussi trouver son application chez les malades atteints d'orchites, sous l'influence du cathétérisme, et, sans prétendre à la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, peut au moins être appelée à prendre rang parmi les moyens dont la thérapeutique chirurgicale est autorisée à faire usage contre certaines complications du prostatisme. »

ACADÉMIE DES SCIENCES. (*Séance du* 18 *nov.* 1895.) SUR L'EMPLOI DU SANG DE VIPÈRE ET DE COULEUVRE COMME SUBSTANCE ANTIVENIMEUSE.

MM. Phisalix et Bertrand ont, dans de précédentes communications, démontré qu'il existe dans le sang de la vipère et de la couleuve des principes toxiques analogues à ceux du venin et ont considéré l'immunité de ces animaux pour leur propre venin comme le résultat d'une accoutumance.

Depuis, de nouvelles expériences ont fait connaître la possibilité d'une autre explication. A la suite de recherches sur l'immunité naturelle du hérisson contre le venin de vipère, qui ont permis de montrer l'existence simultanée, dans le sang du hérisson, de substances toxiques et de substances antitoxiques, MM. Phisalix et Bertrand ont cherché s'il n'en serait pas de même pour le sang de vipère.

Pour cela ils ont chauffé du sérum de vipère à 58° pendant quinze minutes, puis l'ont injecté dans le péritoine

de plusieurs cobayes. Or, tandis qu'il suffit d'un demi-centimètre cube de sérum normal pour tuer le cobaye, plusieurs centimètres cubes de sérum chauffé ne produisent rien, ce qui démontre que les substances toxiques du sérum sont détruites.

De plus, l'injection du sérum chauffé immunise l'animal contre le venin. Un quart de centimètre cube de ce sérum suffisait dans certains cas, pour immuniser le cobaye contre une dose mortelle de venin. Mais cette immunisation est passagère et disparaît au bout de quelque temps.

Les mêmes expériences, répétées avec du sang de couleuvre, ont donné, à l'intensité près, des résultats semblables.

En résumé, chez la vipère et la couleuvre, il y aurait, comme en général chez les animaux vaccinés, artificiellement, production de substances antitoxiques par suite d'une réaction défensive de l'organisme. De là, l'on expliquerait l'immunité de ces animaux pour leur propre vaccin, plutôt par une sorte d'auto-vaccination que par accoutumance.

L'existence de ces principes antivenimeux dans le sang de la vipère et de la couleuvre, prouve que dans l'organisme, à mesure que des cellules sécrètent une toxine, il se produit une réaction antagoniste dont le résultat est la formation d'une antitoxine spécifique.

TRAITEMENT DU CANCER PAR DES INJECTIONS ARSENICALES FAITES AU SEIN DU NÉOPLASME. (*Semaine médicale*, 6 nov. 1895.)

M. le Dr F. Hue, chirurgien des hôpitaux de Rouen, pratique des injections arsenicales dans des tumeurs cancéreuses inopérables.

Il s'est d'abord servi de la liqueur de Boudin, c'est-à-dire d'une solution à 1 0/0 d'acide arsénieux puis de la solution suivante :

Acide arsénieux.	0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne. .	1 gr.
Eau distillée bouillie. . . .	100 gr.

De ce liquide on injecte à des intervalles variant de deux à huit jours une ou deux pleines seringues de Pravaz dans l'intérieur du néoplasme.

Un cas de guérison complète aurait été obtenu pour un épithélioma de la joue récidivé après l'opération et s'accompagnant d'une tuméfaction des ganglions de la région.

Les injections de liqueur de Boudin ont été pratiquées quotidiennement pendant plusieurs mois.

Ces injections pratiquées dans plusieurs cas de cancer récidivé, bien que restant parfois sans effet, ont souvent retardé manifestement la marche de la tumeur, et amélioré l'état général.

Du traitement des anémies graves par l'usage simultané du fer et de l'iode en injections hypodermiques. (6 nov. 1895.)

M. le Dr Menella (de Rome) traite avec succès les anémies graves par des injections sous-cutanées d'iode auxquelles il ajoute des injections hypodermiques de citrate de fer ammoniacal.

Voici les formules dont il se sert :

1° Iode métallique. . . . . 0 gr. 20
Iodure de potassium. . . . . Q. S. pour faire
dissoudre dans :
Eau distillée. . . . . 20 gr.

2° Citrate de fer ammoniacal. . . 1 gr.
Eau distillée. . . . . 20 gr.

Dans la même séance l'on injecte une pleine seringue de Pravaz de la première de ces solutions dans l'une des fesses, et une même quantité de la seconde dans l'autre. Ces injections peuvent être répétées quotidiennement et même deux fois par jour.

Dr Silva.

VARIÉTÉS

Congrès homœopathique international de 1896

D'après les résolutions prises aux congrès homœopathiques anglais de 1894 et 1895, voici les décisions prises pour le futur congrès.

1° Le congrès sera tenu à Queen's Hall, Laugham place, Londres, pendant la seconde semaine de juillet, du lundi 13 au samedi 18 inclusivement.

2° Le congrès sera ouvert à toutes les personnes pratiquant la médecine dans leur pays ; les membres auront la liberté d'amener des visiteurs aux réunions.

3° Les réunions générales seront tenues le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi, de 2 heures et demie à 5 heures et demie de l'après-midi et le samedi à 2 heures. Les réunions de section seront tenues dans le salon de l'hôpital homœopathique de Londres, Great Ormond Street (qui a été aimablement mis à la disposition du congrès) durant les matinées, suivant les arrangements que prendront entre eux les membres du congrès.

4° Aucun mémoire ne sera lu dans les réunions générales. Les études reçues seront imprimées et envoyées à tous ceux qui désireront prendre part au débat sur ces sujets. Elles pourront être présentées aux réunions soit séparément, soit par groupe, d'après leur sujet ; une courte analyse de chacune sera faite par le président ; les sujets dont elles traitent seront alors mis en discussion, après qu'on aura entendu un ou plusieurs rapporteurs désignés *ad hoc*.

5° Voici, autant qu'on peut l'arranger d'avance, l'ordre des travaux.

Mardi 14 juillet.

Discours du président.

Présentation de rapports des différentes contrées du monde sur l'histoire de l'homœopathie pendant les cinq dernières années. Nous avons des rapports annoncés de la Grande-Bretagne, de l'Inde, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande ; de la Belgique et du Danemark, de France, de Suisse et de Portugal ; nous désirons des rapporteurs du Canada, de la Hollande, de l'Allemagne, d'Autriche, d'Espagne, de Mexico, d'Italie et de l'Amérique du Sud.

Discussion. — Sur l'état et les espérances de l'homœopathie à notre époque et sur les moyens de favoriser sa cause.

Mercredi 15 juillet.

Principes de l'homœopathie et matière médicale.

Nous avons les promesses des mémoires suivants :

Choix du médicament par l'ordre de succession des symptômes, par le Dr Ord.

Nouvelles expérimentations sur aurum, par le Dr Burford.

Une nouvelle loi posologique, par le Dr Léon Simon.

Place des extraits animaux en homœopathie, par le Dr Clarke.

Valeur clinique de la tuberculine, par le Dr Cartier.

Les deux premiers mémoires et les deux derniers seront probablement discutés à la réunion générale, le troisième à une réunion de section.

Jeudi 16 juillet.

Médecine pratique avec maladies des yeux, des oreilles et de la gorge.

Dans la section ophthalmologique nous avons la promesse du mémoire du Dr Bushrod James sur le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse ; dans la section aurique, deux mémoires sur la possibilité du traitement médical de la surdité, par les Drs Hayward Senior et Cooper. Ces sujets seront discutés à la réunion générale, en même temps qu'un mémoire américain sur quelque point de la clinique médicale non encore désigné. A la réunion de section le Dr Hughes traitera de l'action du colchique dans la goutte et le Dr Oscar Hansen de celle du mercure et de l'iode dans la syphilis.

Vendredi 17 juillet.

Thérapeutique chirurgicale et gynécologique.

La seule question actuellement annoncée pour la discussion de ce jour est un mémoire du Dr J. D. Hayward sur quelques recherches sur les collections purulentes intrathoraciques. Nos collègues américains ont, cependant, l'intention de nous préparer deux autres mémoires sur les sujets de discussion de ce jour, sujets pour lesquels ils ont si largement et si bien travaillé.

On verra par cet aperçu ci-dessus que notre but est de discuter des questions d'ensemble bien plus que des mémoires où seraient exposées des observations personnelles.

Nous ne demandons donc pas davantage des ces derniers, mais nous serions très heureux de communications additionnelles sur les sujets déjà indiqués et sur ceux qui pourraient l'être par le comité américain qui coopère avec nous. Toutes les communications relatives aux travaux du congrès devront être adressées au secrétaire général (D. Hughes,36 Sillwood road,Brighton). Les secrétaires locaux seront heureux de fournir les renseignements relatifs au logement, etc. En rapport avec cette information il peut être mentionné que les membres de la *British Homœopathic Society* résidant à Londres ont été invités à ouvrir leurs maisons, où cela était possible, aux hôtes étrangers.

Le président recevra le lundi soir, à Queen's Hall, les membres du congrès avec les dames de leur famille.

STATION HIVERNALE DE SANARY (Var).

Sanary est situé à l'orientation sud, il est dominé au nord par une colline de peu d'élévation, descendant en pente douce jusqu'à la mer et en haut de laquelle débouche la route venant de Baudol, qui arrive à Sanary en serpentant agréablement le long de la côte.

Abrité en hiver du terrible mistral et tempéré en été par la brise de mer, le plan de cette colline offre des expositions et des points de vue si admirables qu'ils ne laissent rien à envier aux stations hivernales les plus en renom de notre littoral.

Une autre colline à l'ouest est surmontée d'une ancienne chapelle de N.-D. de Pitié en grande vénération dans le pays.

La ville s'étale brillamment au pied de ces deux petites montagnes, au fond d'une baie très abritée et précédée

d'une rade magnifique ; elle n'est séparée de Toulon que par la presqu'ile du cap Liné.

Toulon, par le chemin de fer, est à une petite demi heure de Sanary et Marseille, par la même voie, à une heure.

Après avoir fertilisé la campagne, le torrent de la Reppe d'Ollioules vient se jeter dans l'anse de Sanary formée par la plus ravissante plage qu'on puisse voir.

C'est un des endroits les plus fréquentés et les plus recherchés pour les bains de mer.

Sanary est une station sanitaire en voie de transformation complète ; grâce à la générosité princière de Michel Pacha, il y a une grande église, une belle mairie et un asile pour les vieillards.

La vie y est très bon marché, il existe deux hôtels de premier ordre, l'hôtel Saint-Nazaire où on trouve logement et bonne table depuis 4 francs par jour, et le grand hôtel des bains où on se trouve dans les mêmes conditions depuis 5 francs par jour.

Sanary est une petite ville d'un caractère vraiment aristocratique. On y voit des grands palmiers, des eucalyptus et toutes les plantes tropicales de nos villes d'hiver.

Aujourd'hui 8 janvier 1896, nous avons encore 20° au-dessus de zéro à l'ombre.

Sanary qui fait penser à sanarium, établissement sanitaire, est une station hivernale qui prend chaque année de l'extension (un tramway de Toulon à Sanary est en voie de construction). Les retraités et les personnes en villégiature affectionnent cette ville qui s'embellit progressivement.

C'est une station sanitaire qui a le privilège d'être abritéé de toutes parts et dont les environs enchanteurs pro-

curent toutes les satisfactions, soit qu'on veuille goûter les agréments de la campagne, d'une remarquable fertilité, soit qu'on aime à parcourir les collines embaumées, d'Ollioules et de la Bonne Mère, soit qu'on préfère admirer les flots bleus de la Méditerranée. Il y a toujours voitures et barques à la disposition des promeneurs.

La température de Sanary est chaude en hiver, à cause de son exposition abritée, relativement fraîche en été grâce à sa campagne verdoyante et à la brise de mer. C'est un climat très sain, recommandable non seulement aux malades, aux convalescents, mais encore aux personnes débilitées et anémiées.

P. Frichet.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr Dacher

L'homœopathie vient encore de faire une perte; le Dr Dacher est mort après une longue et douloureuse maladie. Praticien consciencieux et dévoué, confrère sympathique, Dacher est regretté de tous. Ses malades trouveront difficilement un médecin aussi attentif et aussi sympathique; il est mort au moment où un travail opiniâtre lui avait conquis une fort belle situation. Que sa veuve et son fils trouvent ici le témoignage de nos sympathies.

Dr P. Jousset.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

MARS 1896

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

CINQUIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Pneumonie grave, observation. — Bryone et phosphore. — De l'importance du pronostic dans la pneumonie. — Signes tirés du mouvement fébrile. — Des urines. — De l'état de la langue. — De l'auscultation. — Des indications du phosphore. — Renseignements fournis par la bibliothèque thérapeutique de Bayle. — Efficacité des doses infinitésimales. — Vertige labyrinthique. — Sulfate de quinine.

André, âgé de 7 ans, malade depuis deux jours, est entré à l'hôpital Saint-Jacques, le 20 décembre, et a été couché au lit numéro 1 de la grande salle.

Cet enfant a un mouvement fébrile très considérable, la température atteint 40°,9, le pouls très fréquent, la prostration déjà très marquée. Il est atteint d'une pneumonie du sommet gauche, caractérisée par le souffle et le râle crépitant. Je lui prescris bryone 6e, 2 gouttes.

Le 21, quatrième jour de la maladie, la température a un peu baissé, quoiqu'encore très haute : 40° le matin, 40°,4 le soir. On continue bryone 6e.

Le 22 janvier, cinquième jour de la maladie, 40°,1 le matin, 40°,6 le soir, la prostration augmente, le délire éclate dans la nuit. En même temps l'enfant a des évacuations alvines involontaires et de l'incontinence d'urine.

Le 23 janvier, sixième jour, la température a un peu baissé : 40° le matin, 40°,1 le soir; le délire persiste, la prostration est extrême, le pouls, très petit, à 132. Cependant, la langue est toujours humide, les urines claires et assez abondantes; le souffle persiste au sommet gauche. Je prescris phosphore 6e.

Le 24 janvier. Septième jour. Légère amélioration, ce matin la température est à 39°,6 et le soir elle atteint seulement 40°; le pouls, un peu plus fort, ne donne que 120 pulsations, les évacuations involontaires persistent, ainsi que le délire. Ce dernier symptôme est très marqué. Nous alternons belladone avec phosphore. Des râles sous-crépitants très nombreux sont mêlés au souffle.

Le 25 janvier. Huitième jour. Brusque descente de la température à 35°,8. Différence de quatre degrés avec la veille au soir ; pouls à 96, assez fort ; apparence du malade bien meilleure. Le soir, la température est remontée à 36°,6. Il y a toujours un peu de délire, nous continuons phosphore et belladone. Nous prescrivons d'augmenter autant que possible le lait que le malade prend chaque jour et de porter l'eau-de-vie de ses grogs de 30 à 50 gr. en vingt-quatre heures.

Les jours suivants, la température remonte graduellement jusqu'à sa normale de 37°,5; la convalescence s'accentue et la résolution de l'hépatisation est complète le 27, dixième jour de la maladie.

Cette observation sera l'occasion de plusieurs remarques sur le pronostic et le traitement de la pneumonie.

J'ai insisté bien souvent dans mes leçons sur l'extrême importance du pronostic, en particulier dans la pneumonie. Malheureusement, cette maladie ne se termine pas toujours par guérison, sa durée est très courte et quand

la mort arrive d'une manière inattendue, la responsabilité du médecin, à tort ou à raison, se trouve fortement engagée. Il est donc extrêmement important d'étudier avec soin les signes qui peuvent faire prévoir l'issue de cette maladie. Cela est important, non seulement dans l'intérêt du médecin, mais aussi et surtout dans celui de la profession.

Les signes favorables dans la pneumonie se tirent du mouvement fébrile, de l'examen des urines, de l'état de la langue et des signes fournis par l'auscultation.

Signes tirés du mouvement fébrile : Si la température se tient à un degré très élevé, si surtout cette élévation augmente chaque jour, si le pouls est très fréquent et que chaque jour cette fréquence augmente, il faut craindre un dénouement funeste. La décroissance même très minime de la température, la diminution du nombre des pulsations constituent au contraire un signe favorable.

L'examen des urines n'est presque jamais fait dans la pneumonie, surtout en ville; c'est un tort, parce que on peut tirer de cet examen des signes physiques et chimiques qui ont une très grande valeur. Les urines limpides, fortement colorées en rouge, sont d'un mauvais présage. Quand la couleur des urines se rapproche de la couleur normale et qu'il s'y forme un dépôt, c'est un signe favorable. Martin Solon avait pour habitude de faire recueillir chaque jour, dans un verre à pied, une certaine quantité d'urine des malades atteints de pneumonie, et quand un nuage apparaissait dans les urines, il en concluait avec raison que le malade irait mieux. L'accroissement de la quantité de chlorure de sodium, très diminuée dans les urines pendant la période d'état, est aussi un signe favorable.

Les signes tirés de la langue sont extrêmement importants. Quand la langue reste humide et peu chargée, les malades guérissent presque toujours. Dans les cas graves elle devient extrêmement saburrale, se dessèche de jour en jour et acquiert la dureté du bois.

Quand l'*auscultation* permet de constater l'existence de râles sous-crépitants, râles de retour, c'est un bon signe pronostic. La persistance du souffle ou l'apparition de gargouillements et de râles muqueux est d'un fâcheux pronostic.

Chez notre malade, nous avons toujours conservé l'espérance d'une issue heureuse malgré un appareil symptomatique excessivement grave. Ce pronostic était basé sur l'état de la langue et des urines, sur le relèvement rapide de la force du pouls, sur la diminution minime mais progressive de la température.

La bryone à la 6e dilution a été prescrite le premier jour du traitement et continuée les deux jours suivants. C'est en effet la bryone qui, par sa pathogénésie, est le médicament principal dans le traitement de la pneumonie et l'expérience de la plupart des médecins homœopathes a justifié cette indication.

Nous avons prescrit le phosphorus (6e) le quatrième jour de la maladie, ce médicament était en effet indiqué par le délire et par le collapsus du petit malade, collapsus caractérisé par la faiblesse et la rapidité excessive du pouls et par les évacuations involontaires.

La pathogénésie du phosphore répond bien à l'ensemble des symptômes présentés par notre malade et c'est un médicament couramment prescrit dans la pratique homœopathique. Mais en dehors de notre école vous trouverez des renseignements très précis sur l'em-

ploi du phosphore dans la forme maligne des maladies fébriles ; la bibliothèque thérapeutique de Bayle contient un très grand nombre d'observations de pneumonies et de fièvres typhoïdes dans lesquelles le phosphore a opéré de véritables résurrections. La préparation employée par les médecins, dont Bayle rapporte les observations, est en général l'huile phosphorée. Cette préparation est facilement toxique. Aussi, à côté des succès qu'enregistre le mémoire dont nous parlons, il faut compter 10 ou 12 cas d'empoisonnement terminés par la mort.

Nous vous ferons remarquer, Messieurs, que, malgré la gravité du cas pathologique présentée par notre petit malade, nous n'avons prescrit les médicaments qu'en dilution élevée ; répondant ainsi à l'objection qui nous vient d'un certain côté, disant que dans les cas bénins nous prescrivons les globules et que dans les cas graves nous prescrivons des doses massives, comme de simples allopathes. Nous avons eu l'occasion dans notre première leçon de poser les règles qui doivent servir au choix de la dose et vous avez pu voir que la gravité de la maladie n'était pour rien dans ce choix.

Je vous prie de retenir que, chez notre malade, la disparition des signes sthétoscopiques était complète le dixième jour de la maladie, deux jours après la cessation du mouvement fébrile. Cette disparition rapide fait défaut dans la pneumonie traitée par l'allopathie, et la résolution demande souvent plusieurs semaines chez les malades soumis à l'expectation.

Une remarque encore à propos de notre petit malade. Sa mère est internée comme aliénée. Cette circonstance n'est certainement pas étrangère à l'intensité du délire observé dans ce cas de pneumonie.

Dans la petite salle des femmes, vous avez vu une malade qui a passé la soixantaine et qui a été opérée de la cataracte il y a déjà plusieurs mois. Cette opération a laissé des troubles de la vue sur lesquels nous n'insisterons pas, mais nous voulons vous parler de vertiges labyrinthiques avec bourdonnements d'oreille et surdité incomplète. Le sulfate de quinine à la 3e trituration a été sans effet sur ce vertige, mais le même médicament prescrit à dose relativement faible de 0,05 à 10 centigrammes par jour a produit la diminution, puis la disparition des vertiges et des bourdonnements d'oreilles tout en laissant subsister la surdité. Vous saisissez facilement l'indication homœopathique du sulfate de quinine dans ce cas.

Sixième leçon

Sommaire. — Artério-sclérose. — Observation. — Aortite chronique, arythmie très prononcée, bons effets du strophantus, accès nocturne d'angine de poitrine. — Glonoïne. — Artério-sclérose avec accidents cérébraux. — Iodure de sodium. — Belladone et arnica, opium, nux vomica.

En terminant notre deuxième leçon, nous vous retracions succinctement l'histoire de quatre vieilles femmes atteintes d'artério-sclérose. Nous voulons revenir aujourd'hui sur ce sujet, à propos d'un nouveau cas qui s'est présenté dans la salle des femmes.

Mme Alphonsine, âgée de 57 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques, le 21 décembre 1895. Elle a été couchée au no 2 de la grande salle.

Atteinte d'aortite chronique cette femme est de famille de goutteux. En effet, son père est mort de la pierre à

52 ans, sa mère a succombé à une affection du cœur avec hydropisie après trois années de maladie. Cette femme n'avait jamais été malade avant l'âge de 54 ans. A ce moment elle a présenté des crises de coliques hépatiques qui ont été soignées par le Dr Jousset fils.

Cette femme affirme que la maladie actuelle remonte seulement au commencement de novembre. A cette époque, elle a commencé à tousser et surtout à être prise d'étouffement nocturne ; la malade ne pouvait rester couchée, elle était obligée de s'asseoir. Soignée depuis deux mois par les vésicatoires, la caféine et des potions diverses, la malade, ne se trouvant pas mieux, s'est décidée à entrer à Saint-Jacques. La malade est pâle, avec une légère teinte jaunâtre, il n'y a pas d'amaigrissement. Le cœur ne présente aucune lésion valvulaire, mais il est le siège d'une arythmie considérable. La percussion démontre un certain degré de matité à la région aortique. Il n'existe pas de retentissement notable du second bruit. Le tracé sphygmographique est très caractéristique. L'ascension est peu élevée, la descente est très prolongée et présente vers son milieu une ou deux élévations qui ressemblent à une systole avortée. Ce tracé reproduit l'irrégularité des battements du cœur et, après deux ou trois pulsations assez marquées, il présente quatre ou cinq pulsations très petites ; la plupart des pulsations présentent un plateau très marqué, ce qui est en rapport avec le diagnostic d'aortite. Il existe aux membres inférieurs un léger œdème qui disparaît par le repos au lit.

Nous avons dit que la dyspnée était surtout nocturne et que la malade ne pouvait rester au lit. Cette dyspnée se continue encore quelques jours. La toux est fréquente et amène une expectoration assez abondante. A l'ausculta-

tion, on entend des râles sonores dans toute l'étendue des deux poumons avec quelques râles plus fins à la base.

Le foie est gros, il déborde les fausses côtes et s'avance au devant de l'estomac, dans le creux épigastrique. Les urines n'atteignent que 1.050 grammes en vingt-quatre heures. Elles ne contiennent pas d'albumine.

L'appétit est conservé, la langue est sèche.

L'arythmie indique la plupart des médicaments du cœur, mais la clinique enseigne que dans ce cas, le strophantus est le médicament principal. Nous avons donc prescrit à cette femme, X gouttes de teinture de strophantus à prendre dans la journée. Sous l'influence de ce médicament l'état s'est rapidement amélioré, les urines ont augmenté, le pouls s'est régularisé. Le tracé sphygmographique pris dix jours après le commencement du traitement conserve les mêmes caractères que le tracé pris le premier jour avec cette différence, toutefois, que la ligne ascendante a le double de hauteur. La dyspnée diminue et, au bout de quelques jours, la malade a pu rester couchée toute la nuit.

Le médicament a été continué et l'amélioration a fait assez de progrès pour que la malade ait témoigné le désir de retourner à son travail. Nous lui avons conseillé de rester encore quelque temps à l'hôpital, son état nous paraissant encore très précaire.

Pendant quelques jours, nous lui avons prescrit vipera 3e trituration, dans l'espoir d'amener la diminution du volume du foie. Mais l'état du cœur, par le seul fait de la suspension du strophantus, s'est aggravé de nouveau ; la dyspnée est revenue et les urines ont atteint tout au plus 3 à 400 grammes par vingt-quatre heures. Une nuit, elle

fut prise d'un violent accès d'angine de poitrine avec angoisse considérable et sueurs froides. La ligne descendante est moins oblique et le nombre des pulsations régulières est plus considérable.

Le lendemain nous avons prescrit glonoïne 1re dilution VI gouttes, dans une potion à prendre dans la journée.

L'amélioration a été immédiate, la dyspnée a disparu et les urines sont montées de 300 grammes à 1.500 grammes.

L'arythmie du cœur étant devenue très prononcée, nous avons de nouveau prescrit strophantus le jour et glonoïne la nuit, mais les urines ont de nouveau diminué et sont tombées à 1.000 grammes.

Nous vous signalons l'effet rapide et heureux de la glonoïne ou trinitrine dans ce cas d'aortite.

L'existence d'accès d'angine de poitrine est un fait commun dans l'aortite chronique soit que les plaques d'ossifications de l'aorte bouchent plus ou moins complètement l'orifice des artères coronaires, soit que ces artères elles-mêmes soient atteintes d'artérite; les conditions de l'ischiémie cardiaque existent dans les deux cas. Or vous savez que c'est la suspension de la circulation propre du muscle cardiaque qui produit le syndrome angine de poitrine. C'est là l'ancienne théorie qui a été rééditée et établie sur des faits incontestables par Huchard. Il y a quelques années Peter avait proposé une autre explication : l'aortite chronique était toujours le point de départ, mais ici c'était la propagation de l'inflammation à la tunique externe de l'aorte et l'englobement des nerfs du cœur dans cette atmosphère inflammatoire qui étaient la cause des accidents d'angine de poitrine.

La discussion a démontré qu'effectivement dans un

certain nombre d'angines de poitrine, les nerfs pneumo-gastriques et phréniques étaient compris dans l'atmosphère inflammatoire de la tunique externe de l'aorte. Mais on a négligé de s'assurer de l'état des artères coronaires. Or, depuis que l'ancienne doctrine a été adoptée de nouveau, toutes les autopsies d'angines de poitrines ont démontré l'existence de la lésion des artères propres du cœur.

La variété d'angine de poitrine présentée par notre malade est l'angine de poitrine frustre, pour me servir d'une expression souvent employée par Trousseau. Elle est frustre parce que la douleur a manqué absolument et que l'accès a été caractérisé seulement par une angoisse considérable manifestement cardiaque par son siège accompagné d'un sentiment de mort imminente et d'une sueur froide abondante. Cet accès est survenu subitement, a forcé la malade à s'asseoir sur son lit et a duré très peu. C'est donc encore une fois un accès d'angine de poitrine sans douleur.

Si la douleur avait existé, nous eussions prescrit spigelia qui est le remède principal quand l'angine s'accompagne d'une douleur extrêmement vive, perforante, siégeant à la base du cœur et non à la pointe, et s'étendant dans le bras gauche, quelquefois dans le bras droit, plus rarement dans les deux bras à la fois, exceptionnellement dans les muscles du cou, plus exceptionnellement encore dans les nerfs du cordon. Quand la douleur se propage dans les bras, elle s'accompagne toujours d'un sentiment de fourmillement marqué ; et, pour épuiser le sujet, disons que nous avons observé un très petit nombre de cas dans lesquelles la douleur, au lieu de se propager du cœur au bras et à l'avant bras, remonte au contraire de l'extrémité du membre inférieur à la base du cœur.

Eh bien, dans ces cas d'angine de poitrine douloureuse, la spigelia est indiquée par la pathogénésie et la clinique a bien des fois confirmé son efficacité.

Depuis quelques années j'ai tendance à prescrire dans ces cas une toute petite quantité de teinture mère au lieu de la 3e et de la 6e dilution que je prescrivais il y a quelques années. Je fais mettre trois gouttes de teinture mère dans une potion de 200 grammes dont le malade prend de 2 à 4 cuillerées par jour suivant l'intensité des symptômes.

Dans les cas où il n'y a pas de douleur, deux médicaments sont indiqués : la glonoïne et le tabac.

Ces deux médicaments administrés à petite dose chez l'homme sain augmentent la tension artérielle. Ils sont donc indiqués contre un état qui est caractérisé chez le malade par cette même augmentation de pression artérielle.

De plus le tabac a si souvent produit des symptômes analogues à ceux de l'angine de poitrine chez les personnes qui fument avec excès que son indication homœopathique ressort directement de la pathogénésie.

Des 4 malades atteintes d'artério-sclérose que vous avez vues dans la salle des femmes, deux sont parties, dont l'une est celle qui portait un anévrysme de l'aorte abdominale. Une autre, le numéro 11, a succombé à une hémorrhagie foudroyante du cerveau ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire. Celle qui occupe le n° 1 de la petite salle a eu encore deux attaques caractérisées par une perte incomplète de connaissance, par une hémiplégie flasque et une conjugaison des yeux du côté de la lésion. De ces deux accès, le dernier a siégé du côté droit ce qui nous prouve,

malheureusement, que le système artériel du cerveau est atteint dans sa généralité. Ces accès ont duré quelques heures et ont disparu sans laisser aucune trace. L'iodure de sodium porté à la dose de 0,50 centigrammes par jour ne semble pas avoir enrayé la maladie, car. à la fin du mois de janvier, cette femme présentait encore des symptômes précurseurs de ces attaques habituelles, et comme ni belladone, ni arnica, ni opium, n'avaient empêché les attaques précédentes, nous avons prescrit nux vomica 6e dilution; et ce médicament a arrêté les accès chaque fois qu'ils ont été menaçants.

Dr P. JOUSSET.

MEDECINE PRATIQUE

DU TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE AIGUE CHEZ LES ENFANTS

A propos d'un article du Dr Le Gendre. (*Semaine médicale* du 4 mars.)

Nous sommes heureux de constater une fois de plus la déroute de la thérapeutique antiseptique dans la pathologie interne. M. Le Gendre avoue, avec une franchise qui l'honore, que l'*antisepsie directe* et l'*antisepsie générale*, n'offrent *malheureusement rien d'efficace et rien de pratique.* (*Semaine médicale,* n° 12, p. 90.) Les essais par la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, le soufre ont donné des *résultats nuls* ou *tellement insuffisants* qu'il n'y a pas lieu de prendre ces moyens pour base de traitement.

Et le *vésicatoire*? ce fameux vésicatoire, qui est l'épée

de chevet de tant de praticiens, le Dr Le Gendre le condamne, lui aussi : « Si vous m'en croyez, vous ne mettrez jamais de vésicatoire au cours d'une broncho-pneumonie aiguë. Le procès du vésicatoire est jugé. »

M. Le Gendre se demande si on peut espérer mieux de la thérapeutique antitoxique par la sérothérapie et il répond lui-même que les temps ne sont pas encore venus : « c'est à peine si l'aube de ce beau jour blanchit à l'horizon de la thérapeutique. » Nous voulons espérer que ce soleil de la sérothérapie se lèvera un jour, mais on ne pourra jamais appeler cette thérapeutique antiseptique, car c'est bien en vain qu'on s'obstine à dénommer les sérums thérapeutiques d'antitoxiques, ces sérums ne sont que des toxines affaiblies soit par dilution directe, soit par dilution dans le sang d'animaux vaccinés, soit par la chaleur, soit par la lumière, soit par les courants électriques, soit par d'autres moyens encore trop longs à énumérer. Toujours est-il que la sérumthérapie est le traitement d'une maladie par la toxine qui l'a produite. *C'est de l'homœopathie pure.*

S'il faut renoncer à faire de la thérapeutique pathogénique, celle qui s'adresse à la cause microbienne, il reste à combattre l'*hyperthermie.* « A l'hyperthémie on peut opposer les moyens hydrothérapiques ou les antithermiques chimiques. »

Les antithermiques chimiques sont aussi, eux, condamnés : l'*antipyrine* restreint les fonctions urinaires et provoque une sudation excessive ; le sulfate de *quinine* n'abaisse pas la température dans la broncho-pneumonie franche ; l'*acétoniline* est dangereuse ; la *phénacétine* inactive ; l'*aconit* et la digitale ont plus d'inconvénients que d'avantages.

Reste donc l'*hydrothérapie.*

Cette hydrothérapie a plusieurs modes d'application ; mais qu'elle se borne à l'enveloppement du thorax dans des serviettes mouillées, qu'elle emploie d'abord des bains à 33° et diminués ensuite progressivement jusqu'à 28 ou 30°, ou qu'elle procède brutalement par des bains tout à fait froids à 18 ou 20°, elle a toujours pour effet l'abaissement de la température du malade et pour danger un collapsus possible.

Dans tous les cas, si on fait de l'hydrothérapie dans le traitement de la broncho-pneumonie, il ne faut pas croire qu'on fasse ainsi de la thérapeutique pathogénique. On fait tout simplement de la honteuse médication du symptôme.

En effet, nous savons que le pneumocoque commence à se développer à 15°. Je ne pense pas qu'il soit jamais entré dans l'esprit d'un hydropathe d'abaisser la température des malades a un degré incompatible avec la vie. L'hydrothérapie pratiquée dans le traitement de la broncho-pneumonie ne peut donc pas empêcher le développement du pneumocoque, par conséquent ce n'est point une thérapeutique pathogénique.

L'hydrothérapie est donc une thérapeutique symptomatique. Cette thérapeutique s'adresse à un symptôme important, je le veux bien, mais à un symptôme qui est lui-même l'expression d'un état général. On a dit avec raison : dans la fièvre, ce n'est pas l'élévation thermale qui constitue le phénomène le plus dangereux mais bien l'intoxication qui résulte de l'encombrement des tissus par les leucomaïnes et les matières extractives ayant subi une combustion incomplète. D'après certains auteurs le

processus thermique est un phénomène favorable que l'on doit surveiller et non pas supprimer.

Nous aimerions à savoir quel résultat M. Le Gendre a retiré dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants de l'emploi simultané de l'hydrothérapie, de la caféine et de l'alcool, il se borne à dire que la maladie guérit mieux par ces moyens que par les anciennes méthodes de traitement. Nous ne contestons pas cette affirmation, nous pensons effectivement qu'aux beaux temps où régnaient les vésicatoires, les vomitifs et les sangsues, la mortalité était effrayante; nous croyons aussi que les essais d'antisepsie et d'antithermie ont donné des résultats désastreux et nous n'avons aucune peine à croire qu'une médication qui se borne à relever les forces du cœur et à diminuer les hautes températures, si toutefois cette dernière médication est faite avec une extrême prudence, nous n'avons aucune peine à croire, disons-nous, que cette espèce d'expectation déguisée ne soit préférable à la thérapeutique appelée héroïque et que nous appelons meurtrière.

Qu'on nous permette de rappeler ici qu'avec ipeca et bryone à la 6e dilution, quelquefois pulsatile et carbo vegetabilis, nous guérissons presque tous les cas de broncho-pneumonie chez l'enfant. *Et nunc intelligite.*

Dr P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

GLONOÏNE DANS LA SCIATIQUE

De temps en temps (1), l'année dernière, on a publié dans les journaux de la vieille école des cas de sciatique indiqués comme ayant été guéris par la nitro-glycérine. Dans presque tous les cas, cependant, ce médicament avait été administré en même temps qu'un autre (bromure, capsicum, salicylate de soude, valériane, etc.). Mais, dans quelques cas, il est évident que le soulagement et la guérison sont réellement dus à la glonoïne ; particulièrement dans un cas : « une femme de 45 ans, avec artères athéromateuses, avec atrophie musculaire et hyperesthésie. »

Ce cas nous donne une indication digne de confiance de l'emploi de ce médicament, non strictement en rapport avec la loi de similitude, car la glonoïne ne peut jamais produire l'athérome. Ce que nous savons de son importance dans le traitement des névralgies angio-spasmodiques de la tête et de la face, nous porte à n'être pas surpris de son action sur la sciatique chez les sujets athéromateux ou chez les personnes dont les centres vaso-moteurs sont dans un état d'irritation pouvant amener le spasme des artérioles.

Dans la migraine spasmodique, la face est froide et pâle,

(1) Article du Dr Hale, de Chicago, *The Hahnemanian Monthly*, février 1896.

l'expression anxieuse, et il y a une grande sensibilité au bruit; le pouls est dur et petit et les artères temporales rigides. Dans la sciatique angio-spasmodique, le membre est froid, ridé, avec hyperesthésie et, dans les cas anciens, atrophie.

Dans des cas semblables, la glonoïne agit par son action sur les nerfs vaso-moteurs, les forçant à diminuer leur action constrictive sur les vaisseaux sanguins. Sous son action physiologique, les vaisseaux sanguins se relâchent, se dilatent, se laissent remplir par le sang artériel et les douleurs cessent. Dans ce but, les basses dilutions sont nécessaires, mais il n'y a pas de dose fixe; quelques malades répondent à la 3e centés., à la 2e centés. et quelques-uns demandent la 1re centés. (1/100 de grain); mais il y a quelques malades qui ne sont soulagés que par 1/50 et, dans certains cas, de fortes doses, telles que 1/10 de grain sont nécessaires. On a même rapporté des observations où 1 à 2 grains par jour ont été nécessaires.

Lorsque de telles doses ont été atteintes, les artères étaient très athéromateuses, et rendues rigides par la dégénérescence calcaire de leurs tuniques; au contraire, dans les spasmes vaso-moteurs purement fonctionnels la 3e centés. est souvent efficace. Les mêmes doses donnent de bons résultats dans la défaillance du cœur. Dans les cas urgents, on peut recourir aux injections hypodermiques.

La question à traiter maintenant est celle-ci : la glonoïne est-elle indiquée toujours par ses symptômes primitifs ? D'après l'*Encyclopédie* de Allen on a relevé les symptômes suivants :

« Grande faiblesse dans la partie moyenne des cuisses, avec tremblement des membres. Les membres s'engourdissent facilement. Difficulté dans les membres, le poussant à se

lever aussi souvent qu'il s'asseoit. Les extrémités semblent enflées. Douleurs coupantes et piquantes dans les jambes ; faiblesse et engourdissement dans la cuisse et la jambe gauche. Sensation de faiblesse dans la cuisse gauche, et douleur depuis les fesses jusqu'au talon, à la face interne, sur le trajet du nerf sciatique, plus violente dans le mollet (le second jour) ».

Presque tous ces symptômes sont communs à la sciatique. Le dernier symptôme serait important si l'expérimentateur n'avait jamais ressenti une semblable douleur antérieurement. Cet expérimentateur était Mme St..., qui prit 1/200 de grain, puis 1/250. Ce symptôme serait encore plus important si d'autres expérimentateurs l'avaient éprouvé.

Nous connaissons tous les indications principales exactes de la glonoïne dans la douleur de tête — battement, plénitude, chaleur, lourdeur, etc., — et nous l'avons souvent prescrite à la 6e, et plus haut, avec de bons résultats apparents. Nous appelons de tels cas, céphalalgie congestive, ce qui est correct, si congestion est le terme propre pour désigner la vaso-dilatation des vaisseaux sanguins de la tête. Il me semble que la céphalalgie de la glonoïne est due à la pression mécanique des vaisseaux gorgés de sang sur les tissus environnants, en même temps que la pression sanguine, la *vis à tergo* du cœur est réellement abaissée.

Si la glonoïne est homœopathique à la sciatique les symptômes suivants l'indiqueront : sensation de battements, de plénitude, d'engourdissement, de faiblesse, de lourdeur, et grande inquiétude dans la jambe. Le premier degré d'inflammation du tissu entourant le nerf, avec

brûlure sur son trajet, demandera l'emploi de la glonoïne à la dose de la 3ᵉ centés. environ.

Trad. par le Dʳ Marc Jousset.

TRAITEMENT DES CALCULS BILIAIRES PAR LA CURE DE VITTEL.

Le Dʳ Bouloumié a publié dans la *France médicale* (1) un article sur ce sujet, et les résultats que nous avons obtenus personnellement et chez un certain nombre de clients par l'emploi des eaux de Vittel, nous engagent à reproduire ici une partie de l'article de notre confrère.

Observation : Mme X..., 48 ans, née de père et de mère arthritiques, ménopause depuis quatre à cinq ans, précédée de pertes abondantes et de salpingo-ovarite ayant nécessité un séjour au lit de cinq à six mois.

Depuis longtemps, *crampes d'estomac*, puis en juin 1890 colique hépatique franche.

Je ferai remarquer en passant que cette mention se retrouve dans plus des deux tiers de mes observations et prouve bien que les crampes d'estomac ne sont le plus souvent que des coliques hépatiques frustes.

Dès lors, coliques hépatiques à intervalles variables, traitements à Vichy en 1891 et 1892 suivis de très bons résultats au point de vue de l'état général et de l'état des voies digestives, mais les coliques revenant encore à intervalles de deux à trois mois avec subictère.

En 1894, nouvelle cure à Vichy; reprise de coliques hépatiques en octobre, très fréquentes depuis, presque quotidiennes durant quatre mois, nécessitant le plus sou-

---

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

vent une ou plusieurs injections de morphine. Ictère pendant tout l'hiver 1894-1895 ou peut s'en faut. Parfois quelques selles biliaires et quelques graviers de cholestérine petits et demi-durs ; pas de calculs d'un certain volume.

A l'arrivée à Vittel, en juillet 1895, je note : État général assez bon, appétit modéré mais suffisant, digestion lente et souvent accompagnée de coliques hépatiques trois à quatre heures après le repas de midi; selles régulières ; soif normale.

Maux de reins, urines ictériques par intervalles. Pas de sables uriques ou autres.

Douleur scapulaire droite lors des coliques seulement ; depuis longtemps douleurs erratiques, musculaires plutôt qu'articulaires.

Pas d'oppression ni de palpitations, actuellement un peu de bronchite légère des grosses bronches.

Sensibilité au niveau de la vésicule biliaire et dans toute la région sous-hépatique. Pas d'augmentation notable du volume du foie. Engorgement modéré de la vésicule.

Urines, coloration n° 4, limpides, avec dépôt mucogranuleux jaune, densité 1.006, acidité normale, pas d'albumine, pas de sucre, grand excès d'acide urique en solution ; peptones, traces sensibles.

Au microscope : quelques urates granuleux et cellules diverses.

Le traitement institué consiste en : eau de la source Marie d'abord, puis eau de la source salée en augmentant progressivement la quantité de celle-ci et diminuant la quantité de celle-là.

Douche générale chaude en jet brisé et à pression faible et bain tempéré, alternativement, de deux jours l'un.

Le septième jour de la cure : malaise, imminence de coliques hépatiques.

Le onzième jour, colique hépatique de quinze heures de durée, puis rémission plutôt que rétablissement complet pendant six jours. Après cela : colique hépatique violente, avec rémissions peu accusées, pendant cinq jours ; ictère jaune très intense quatre jours après le début ; selles absolument blanches; tous les symptômes de la migration d'un calcul.

Malgré le diagnostic porté et l'affirmation que la délivrance est prochaine et que le voyage peut avoir de graves conséquences, la malade veut rentrer chez elle et part le 8 août : trente-six heures après le retour elle ressent une douleur locale très vive puis dort d'un profond sommeil pendant vingt heures et rend ensuite dans une selle assez abondante, demi-solide, de couleur jaune doré, le calcul que voici : il est de couleur brune, de forme sensiblement sphérique mais hérissé de pointes mousses, avec coloration plus claire au niveau de ces pointes. Il mesure 0,035 de circonférence et pesait le lendemain de son expulsion 0,60.

Aussitôt après, disparition de l'ictère, retour progressif rapide de l'appétit et des forces, selles biliaires fréquentes et abondantes. Prompt rétablissement. Six semaines après, en octobre, l'eau de Vittel, source salée, est reprise dans le but de s'assurer s'il y a ou non d'autres calculs dans la vésicule et, s'il en reste, d'en provoquer l'expulsion tandis que les canaux cystiques et cholédoques sont encore dilatés ou tout au moins assez souples pour que celle-ci soit encore relativement facile.

Dix jours après le début de ce traitement à domicile, qui consiste dans l'ingestion d'une bouteille d'eau de la source salée en 5 doses de 200 grammes prises en majeure partie le matin et eau de la grande source aux repas, une nouvelle colique hépatique éclate et dure quarante-huit heures avec ictère qui persiste pendant trois ou quatre jours; aussitôt après la colique le calcul que voici est rendu. Il est plus gros que le précédent, mais de même aspect et de même forme, un peu moins coloré cependant. Deux fois encore à quatre et cinq jours d'intervalle, nouvelles coliques hépatiques semblables, suivies d'expulsion de nouveaux calculs absolument semblables, que voici, et de nombreux petits calculs blancs, jaunâtres, à facettes multiples.

Depuis lors, bien-être, sauf insomnies et douleurs sciatiques à droite, nocturnes spécialement, assez fréquentes.

J'ai dit que cette observation me paraissait intéressante à vous soumettre parce qu'elle est en quelque sorte l'observation type au point de vue de l'action de la cure de Vittel dans la lithiase biliaire. La cure de Vittel est, en effet, une cure d'expulsion des calculs, de nettoyage de la vésicule biliaire, des canaux et des conduits biliaires et l'action de la source salée, sur l'élimination des calculs biliaires, est telle que j'ai pu, chez certains malades, faire à mon gré, plusieurs fois de suite ou à courts intervalles, recommencer ou suspendre l'expulsion des calculs et cela en faisant poursuivre, reprendre ou suspendre l'usage de cette eau et faisant prendre dans les intervalles des eaux de Vichy, de Vals, de Soultzmalt, de Saint-Galmier. J'ai vu fréquemment les mêmes effets se produire à longs intervalles, c'est-à-dire l'expulsion de calculs cesser après

la cure de Vittel, reprendre par l'usage de l'eau à domicile ou lors de la cure faite aux sources de l'année suivante.

Chez une de mes malades les phénomènes se succédaient avec une régularité qui donnait à mon observation les caractères de netteté et de précision d'une expérimentation.

Cette dame, comme celle dont j'ai parlé tout à l'heure, souffrait depuis longtemps de douleurs gastro-hépatiques, avait suivi tous les traitements habituels y compris Vichy, et se trouvait dans un état grave quand, à la suite de plusieurs consultations de mes confrères L. Labbé, Péter et Thévenet, elle me fut envoyée à Vittel avec le diagnostic de lithiase biliaire et cholécystite symptomatique. Elle avait eu déjà de nombreuses coliques hépatiques, mais n'avait pas rendu de calculs. Après dix à douze jours de traitement par l'eau de la source Marie d'abord, puis de la source salée, une colique hépatique survient avec tous les symptômes de la migration d'un calcul; deux jours après un calcul de la grosseur d'un gros grain de maïs est trouvé dans les selles. Le traitement est continué, une nouvelle colique hépatique éclate, de nouveaux calculs sont constatés. Pour laisser reposer la malade, le traitement est suspendu pendant cinq jours et il est pris en dehors des repas 300 grammes d'eau de Vichy (Célestins) dans la matinée, 200 grammes dans l'après-midi par doses de 100 grammes et de l'eau de Soultzmatt aux repas; il ne survient pas de colique, il n'est pas rendu de calculs; l'usage de l'eau de la source salée est repris, trois jours après colique hépatique, expulsion de calculs. Les choses se répètent ainsi à volonté pendant le long séjour que fait la malade à Vittel. Elle rentre à Paris en bonne

santé, n'a, au cours de l'hiver et du printemps, que quelques symptômes hépatiques qui ne lui font pas interrompre un seul jour ses occupations très actives et très fatigantes. Elle ne reprend de l'eau de Vittel qu'à très faible dose et spécialement aux repas.

L'été suivant elle revient à Vittel, est reprise, après dix à douze jours d'usage de l'eau de la source salée employée d'emblée cette fois, de colique hépatique et rend des calculs semblables à ceux rendus l'année précédente.

Comme alors, quand l'usage de l'eau est cessé, l'élimination s'arrête pour recommencer dès qu'il est repris; enfin un gros calcul du volume d'une grosse amande arrondie est expulsé, un grand nombre de calculs de petits et moyens volumes le suivent et la malade semble être pour toujours débarrassée de sa lithiase et des accidents multiples qu'elle avait provoqués, car depuis plus de dix ans, sauf une fois, à la suite de fatigues excessives et d'émotions violentes, elle n'a plus rien ressenti du côté du foie et de la vésicule.

Ces faits montrent bien l'action de la source salée de Vittel dans la lithiase biliaire et l'on peut dire que, quand elle provoque des coliques hépatiques, il est bien rare qu'elles soient infructueuses et, tandis que celles qui avaient eu lieu antérieurement à la cure étaient le plus souvent restées sans résultat, celles-ci ont donné lieu à l'expulsion de calculs. Elles ne sont pas d'ailleurs toujours violentes, ces coliques, et il n'est pas indispensable qu'elles le soient pour qu'elles soient efficaces ; j'ai vu souvent, après une colique hépatique assez forte, de simples douleurs très atténuées être suivies d'expulsion de sables, graviers ou calculs; mais il est impossible, quand il s'agit de gros calculs comme ceux que je vous montre, que les douleurs

soient insignifiantes; la morphine heureusement permet le plus généralement de les calmer sans enrayer le travail d'expulsion quand le calcul est suffisamment engagé.

Je n'ai pas grand'chose à ajouter à cette communication du Dr Bouloumié.

Je rappellerai seulement en quelques mots quelques observations qui me paraissent assez concluantes.

La mienne d'abord; j'ai souffert de coliques hépatiques bien caractérisées et assez fréquentes depuis l'année 1885; après l'insuccès de diverses médications, j'allai, en 1889, à Vichy où je fus soumis, par le Dr Villemin, à une cure par l'eau de l'Hôpital et l'eau de la Grande-Grille ; j'eus, à Vichy même, deux crises de coliques dont une surtout fut très violente ; cela ne m'empêcha pas d'en avoir six de la fin d'août au commencement de juin de l'année suivante. Je me décidai alors à aller à Vittel où j'arrivai vers le 20 juin 1890 ; j'avais eu encore une crise en chemin de fer pendant mon voyage ; la cure se passa sans crise, ayant seulement éprouvé quelques douleurs sourdes et quelques malaises vers le 14e ou le 15e jour. Je rentrai à Paris le 14 juillet et vers la fin d'août j'éprouvai une crise plus violente et surtout plus longue que mes crises habituelles, mais je ne ressentis plus rien jusqu'au mois de mai 1891 où j'eus une crise d'intensité moyenne. Pendant la cure de 1891, faite en août, j'eus une crise peu intense. L'hiver de 1891-1892, je n'eus que deux petites atteintes. La cure à Vittel de 1892 n'amena pas de crise; j'en eus encore une petite en mai 1893 et depuis je n'ai rien eu sauf, par moment, quelques pesanteurs du côté de la vésicule m'ayant fait craindre le retour des accidents.

J'ai envoyé depuis ce moment à Vittel huit malades at-

teints de coliques hépatiques et tous s'en sont bien trouvés ; trois peuvent être considérés comme guéris puisqu'ils n'ont pas eu de crises depuis trois ans ; les autres y sont allés seulement depuis un ou deux ans.

Ces résultats me paraissent assez favorables pour engager nos confrères homœopathes à rompre avec l'habitude d'envoyer à Vichy tous les malades atteints de coliques hépatiques. Il est possible que Vichy convienne mieux dans certains cas, mais nous ne connaissons pas, pour le moment, les symptômes qui peuvent nous indiquer une de ces stations plutôt que l'autre.

Vittel doit nous paraître préférable parce que c'est une eau bicarbonatée calcique et que le *calcarea carbonica* est un médicament traditionnel en homœopathie de la colique hépatique.

Dr MARC JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

THYROÏDINE

Animaux hypothyroïdiques et hyperthyroïdiques. — M. Lanz (de Berne) a extirpé la thyroïde à un grand nombre d'animaux (poules, lapins, chiens et chèvres). Sur neuf poules provenant de la même couvée et âgées de 18 mois, une a été éthyroïdée : elle a pondu un œuf ayant les dimensions d'un œuf de pigeon et ne pesant que 5 grammes, puis elle est devenue stérile. Une autre a reçu avec sa nourriture quotidienne d'abord 10 grammes, puis jusqu'à 30 grammes de glande thyroïde fraîche : elle a pondu trois fois plus que les autres, et ses œufs ont

graduellement augmenté de poids, les derniers pesant 10 à 12 grammes de plus que les premiers.

Les lapins complètement éthyroïdés sont tous morts.

Des lapines pleines ont été hyperthyroïdées; leurs petits semblaient normaux, mais à un moment donné leur croissance s'est arrêtée et ils ont été pris de parésie des extrémités postérieures. Il en a été de même d'une portée de petits chats : l'un d'eux, allaité par une autre chatte, s'est complètement remis; les autres sont morts.

L'orateur présente trois chèvres, deux éthyroïdées et une normale comme témoin : les deux premières ont des formes moins gracieuses, une expression moins vive, les mouvements moins agiles que la troisième.

Quelques chiens éthyroïdés ont été guéris par l'injection de suc thyroïdien ; ils se portent parfaitement bien tant qu'on les nourrit de lait ou d'aliments de provenance végétale; mais dès qu'on leur donne de la viande, ils manifestent une disposition évidente à la tétanie et sont sujets à avoir des accès convulsifs. (*Semaine médicale*, 18 septembre 1895.)

Traitement thyroïdien des fibromes utérins. — Le Dr Jouin rapporte à la Société trois observations de fibromes traités par le corps thyroïde.

Voici un résumé de ces observations :

1° Mme X..., 46 ans, corps fibreux depuis trois ans, augmentant, notablement, depuis dix-huit mois, au point qu'en juin 1894 le Dr Le Bec proposait l'hystérectomie.

A ce moment, ménorrhagies abondantes; tumeur grosse comme un utérus gravide de 6 à 7 mois. La malade fait une saison à Biarritz, qui l'améliore un peu, cependant, en novembre 1894, le corps fibreux dépasse

encore l'ombilic : traitement par des tablettes thyroïdiennes conseillées contre son obésité, suivi pendant six mois, vingt jours chaque mois environ.

En avril 1895, le corps fibreux a tellement diminué, qu'il dépasse à peine l'arcade du pubis ; les règles durent quatre jours et sont peu abondantes.

Depuis ce moment, le Dr Jouin a donné le même traitement à cinq malades ; de ce nombre, deux sont traitées depuis trop peu de temps pour pouvoir avoir un résultat ; une troisième en a retiré peu de bénéfices : chez les deux autres, au contraire, diminution très réelle des hémorrhagies menstruelle ; chez l'une d'elles, il y a une diminution très notable de la tumeur fibreuse.

La dose employée a varié de quatre à huit tablettes par jour.

Influence des produits thyroïdiens sur la croissance des enfants. — M. Masoin fait à l'Académie de médecine de Belgique (1) un rapport sur une communication de M. Hertoghe (d'Anvers) sur ce sujet. L'auteur signale neuf enfants, subissant un retard de croissance, mis au traitement thyroïdien. Sous l'influence de la thyroïdine, il a observé un accroissement de taille, le développement de l'intelligence.

De la thyroïdine dans le myxœdème compliqué d'angine de poitrine. — Un médecin anglais, M. le Dr H.-C. L. Morris (de Bognor), a eu l'occasion de traiter au moyen de la thyroïdine un homme de 48 ans, atteint de myxœdème et présentant, en même temps, depuis plusieurs

(1) Séance du 26 octobre 1895.

années, des accès d'angine de poitrine. Notre confrère a pu se convaincre, dans ce cas, de l'action nuisible exercée par la thyroïdine sur les accès angineux. En effet, ceux-ci augmentaient manifestement d'intensité même sous l'influence de la faible dose de 0 gr. 15 d'extrait de corps thyroïde administrée tous les deux jours, de sorte qu'on fut obligé d'abandonner définitivement cette médication.

De la thyroïdine comme moyen de traitement des hypertrophies cicatricielles. — Dans un cas de cicatrice hypertrophique de la face consécutive à une plaie produite par les fragments d'un miroir contre lequel la malade s'était violemment heurtée, cicatrice dont aucun moyen local (pommades résolutives, compression, etc.) n'avait réussi à déterminer la rétraction, un confrère américain, M. le Dr J.-W. White, a eu recours avec succès à l'administration de l'extrait thyroïdien sous forme de tablettes contenant chacune 0 gr. 30 de substance active. La malade prenait de deux à quatre de ces tablettes par jour. Pendant ce temps tout traitement local avait été cessé ; la cicatrice était simplement recouverte d'une couche de collodion. Sous l'influence de la thyroïdine, dont l'action s'était manifestée, entre autres phénomènes, par plusieurs accès de fièvre et de tachycardie, le tissu cicatriciel diminua progressivement de volume, de sorte que, au bout de six semaines, il s'était affaissé jusqu'au niveau de la surface cutanée environnante.

Bien qu'on ait eu affaire dans ce cas à une simple cicatrice hypertrophique, M. White pense que le traitement thyroïdien doit se montrer également efficace dans les cas de kéloïde véritable.

(*Semaine médicale*, 16 octobre 1895.)

De la présence de l'Iode dans le corps thyroïde sain. — M. Baumann, professeur de chimie à Fribourg-en-Brisgau, a trouvé que le corps thyroïde de différents animaux (mouton, porc) et de l'homme contient, dans les conditions normales, une quantité relativement considérable d'iode sous la forme d'un composé chimique stable que l'auteur a appelé *thyroïodine*.

Pour préparer cette substance, M. Baumann fait bouillir la glande dans une solution d'acide sulfurique à 10 p. 100. Il obtient ainsi un liquide de couleur brune qui laisse déposer, par le refroidissement, un précipité finement floconneux. Celui-ci est dissous dans une solution de soude caustique à 1 p. 100, puis précipité au moyen de l'acide sulfurique dilué et enfin lavé et séché. C'est un corps amorphe brun, représentant en poids environ 0.2 à 0.5 p. 100 du corps thyroïde frais. Il contient de 2.9 à 9.3 p. 100 d'iode, est insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool et facilement soluble dans les liquides alcalins. Sous l'influence de la chaleur il se décompose en émettant l'odeur caractéristique de la pyridine.

Des expériences faites par M. Roos ont montré que la thyroïodine exerce chez l'homme et les animaux une action physiologique tout à fait analogue à celle du corps thyroïde.

D'autre part, M. Roos a pu se convaincre que toutes les préparations de thyroïodine qui se montrent actives à l'égard du goitre contiennent de grandes quantités d'iode, tandis que les extraits obtenus en faisant bouillir la glande dans une solution forte de soude caustique et qui ne renferment que peu ou point d'iode, sont inactifs.

Ainsi donc, la glande thyroïde nous offre un exemple remarquable d'un organe possédant la faculté d'emmaga-

siner un corps qui pénètre dans l'organisme à l'état de dilution extrême et de s'en servir pour élaborer une substance douée d'une action physiologique importante. (*Semaine médicale*, 22 janvier.)

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. SÉRUM ANTISTREPTOCCIQUE. — II. CAS DE TÉTANOS GUÉRI PAR DU SÉRUM ANTITÉTANIQUE. — III. SÉRUM ANTICANCÉREUX.

I

Dans un rapport adressé, nous ne savons vraiment pourquoi, au président du Conseil municipal de Paris, M. Chantemesse publie la statistique des cas d'érysipèle soignés à l'hôpital du Bastion 29, statistique très favorable à l'emploi du sérum antistreptococcique.

Le nombre des érysipélateux soignés au Bastion 29, du 25 décembre 1894 au 25 décembre 1895, en excluant ceux qui ont été envoyés par erreur de diagnostic (eczéma, abcès dentaire, méningite, tétanos, gangrène gazeuse, etc.), a été de 1.055, sur lequel 34 sont morts. Mortalité, 3,22 p. 100.

Ce chiffre total de mortalité doit être décomposé en fractions d'après le traitement suivi par les malades.

Traitement ordinaire. — *a*) Purement symptomatique (du 25 décembre 1894 à fin février 1895) : 145 malades, 5 morts. Mortalité, 3,44 p. 100.

b) Traitement par la méthode systématique des bains froids (1er juillet au 15 novembre).

2.600 bains ont été donnés jour et nuit : 409 malades, 16 morts. Mortalité, 3,91 p. 100.

Total, 554 malades. Mortalité moyenne, 3,79 p. 100.

Traitement par le sérum antistreptococcique (préparé à l'Institut Pasteur par M. le D[r] Marmorek). — *a*) Sérum efficace d'une force préventive de 1 pour 7.000 (mars, avril, mai) : 297 malades, 5 morts. Mortalité, 1,68 p. 100.

b) Le sérum efficace manque ; on utilise un sérum faible d'une force préventive de 1 pour 2.000 (juin) : 107 malades, 8 morts. Mortalité, 6,54 p. 100.

c) Sérum très efficace d'une force préventive de 1 pour 30.000 (du 18 novembre au 25 décembre) : 97 malades, 1 mort. Mortalité 1,03 p. 100.

Total, 501 malades. Mortalité 2,59 p. 100.

Le traitement sérothérapique est donc supérieur aux autres traitements employés au Bastion 29, surtout lorsqu'on emploie un sérum fort.

Lorsque la sérum est recueilli trop tôt après les inoculations virulentes pratiquées au cheval il peut présenter quelques inconvénients : au point d'inoculation, douleur, gonflement et éruption d'urticaire et d'érythème, mais ces inconvénients ne présentent aucune gravité.

Voici les effets du sérum sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade :

Localement, on constate le plus souvent dans les vingt-quatre heures, plus rarement au bout de deux à trois jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de la périphérie et ne s'arrête que sous l'influence d'injections répétées.

La suppuration du tissu érysipélateux est très rare

avec le traitement par le sérum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par des injections.

L'état général s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien-être très marqué; les troubles nerveux, et en particulier le délire, sont très favorablement influencés.

Après l'injection, la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection.

Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. Je n'ai jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls.

Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas dès que la sérothérapie est commencée.

Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention des injections de sérum la guérit en trente-six à quarante-huit heures.

La gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie.

Les engorgements ganglionnaires et les rechutes qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie, les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté, peuvent souvent être prévenues par de petites doses de sérum injectées préventivement à intervalles réguliers.

La dose ordinaire de sérum nécessaire pour guérir un érysipèle varie entre 20 et 40 centimètres cubes.

Nous acceptons aussi facilement le traitement sérothérapique de l'érysipèle, que nous avons accueilli le traitement sérothérapique de la diphthérie, car nous voyons là une nouvelle application de la loi de similitude, une conséquence de l'isopathie, qui elle-même provient de l'homœopathie.

Nous ferons remarquer que depuis une communication du Professeur Jaccoud sur le traitement de l'érysipèle au moyen du quinquina, dont la pathogénésie offre du reste un tableau assez fidèle de l'érysipèle, nous avons traité tous nos érysipèles graves avec china (T. M.) et que nous n'avons jamais observé un insuccès.

Le sérum antistreptococcique a été employé aussi à l'étranger et, à la séance du 28 décembre dernier de l'Académie de médecine de Belgique, le D[r] Rommelaere faisait un rapport sur ce sujet. MM. Denys et Leclef (de Louvain) ont préparé un sérum antistreptococcique et l'ont employé avec succès dans un assez grand nombre d'affections dans lesquelles le streptocoque jouait un rôle étiologique. Nous empruntons à la *Semaine médicale* (8 janvier) l'exposé de leurs résultats.

Dans 3 cas de péritonite opératoire, la guérison a eu lieu 2 fois. Le sérum employé était très actif. Dans l'un de ces cas, les vomissements porracés se succédaient depuis trente-quatre heures ; ils disparurent en douze à vingt-quatre heures.

Dans un cas de pyémie les frissons n'ont plus reparu après l'injection.

3 cas de fièvre puerpérale grave, dont l'un compliqué de deux érysipèles très étendus, d'abcès métastatiques et de pneumonie, ont tous trois été suivis de guérison. Un des faits les plus saillants observés dans les cas de guérison a été l'amélioration rapide de l'état général. Plusieurs fois le malade s'est déclaré guéri douze à vingt-quatre heures après l'injection. Cette amélioration peut être comparée à celle que produit le sérum antidiphtérique.

Les doses employées ont varié de 60 à 180 centimètres cubes. L'une des malades guéries de péritonite a reçu 180 centimètres cubes en trente-six heures, l'autre 150 centimètres cubes en huit heures. Il est probable que des doses aussi élevées ne sont pas nécessaires; toutefois l'infection streptococcique grave semble devoir être traitée d'emblée par une dose de 60 à 100 centimètres cubes si l'on veut obtenir un effet rapide.

Quant aux suites de l'injection, elles ont varié suivant les sujets. Certains malades n'ont présenté qu'un érythème ou des arthralgies fugaces, d'autres ont eu des réactions fortes et prolongées. Une réaction très intense s'est déclarée chez la femme qui a reçu 180 centimètres cubes de sérum en trente-six heures. Huit jours après l'injection est survenue une fièvre élevée, accompagnée de poussées d'érythème et de myalgies, et qui a duré quinze jours. Dans aucun cas la vie n'a été sérieusement menacée.

Plusieurs cas d'érysipèle ont été également traités avec succès.

Les résultats de nos confrères sont analogues à ceux que nous avons rapportés dans une revue précédente et qui ont été constatés par nos confrères français.

Le sérum antistreptococcique dans la scarlatine. — M. Combemale vit trois enfants de 12 à 15 ans, venant d'un même foyer scarlatineux et atteints tous trois d'une scarlatine d'intensité moyenne à la période éruptive. Par contre, l'angine était chez eux très marquée, au point même de produire chez l'un d'eux une gêne respiratoire assez forte. Il existait sur les amygdales un dépôt pultacé très épais dans lequel le microscope révéla la présence de streptocoques très nombreux. L'occasion s'offrait de répéter les expériences de Vaillard et Lemoine récemment rapportées. M. Combemale traita d'abord deux malades seulement par le sérum, le troisième servant de témoin. Deux jours après l'injection, disparition de l'angine, tandis que l'éruption continue à évoluer pour son propre compte ; puis desquamation rapide, absence de toute complication. Au contraire, chez le troisième sujet, l'angine persiste et gagne peu à peu le voile du palais malgré les soins antiseptiques. La desquamation se prolonge et les urines contiennent un peu d'albumine pendant plusieurs jours. On fit alors à ce dernier enfant une injection de sérum ; c'était le dix-septième jour de sa maladie ; le surlendemain, l'angine disparut complètement, les urines redevinrent normales.

En présence de ces faits, M. Combemale croit pouvoir conclure à l'efficacité du sérum de Marmorek sur l'angine scarlatineuse à toutes ses périodes ; il agirait également contre les complications et permettrait de les prévenir.

Ces injections ont présenté ce seul inconvénient de déterminer chez ces trois malades un empâtement indolore au point d'inoculation, suivi peu après d'un urticaire passager.

(*Bulletin médical.*)

M. le Dr A. Marmorek a traité dans le service de M. le Dr Josias, médecin des hôpitaux de Paris, par les injections de sérum antistreptococcique, 96 enfants atteints de scarlatine. Notre confrère avait pour but de combattre ou prévenir les complications de la scarlatine, qui sont souvent dues à l'association du streptocoque avec le microbe encore inconnu de cette maladie éruptive. En effet, M. Marmorek a pu constater chez ces petits malades, sous l'influence de cette sérothérapie, la disparition rapide des tumeurs ganglionnaires du cou, des écoulements d'oreille et de l'albuminurie. En outre, les injections ont amené l'élimination des fausses membranes de la gorge et la cessation du délire, ainsi que l'abaissement de la température lorsque la fièvre était due aux complications streptococciques.

La dose de sérum pour une injection a été de 10 centimètres cubes; la quantité totale de sérum injectée à un enfant a été de 10 à 30 centimètres cubes dans les cas ordinaires, et de 40, 60, 70 et même 80 centimètres cubes dans les cas graves. (*Semaine médicale.*)

II

Le 9 octobre dernier, le Dr Delbecq, d'Estaires, était appelé auprès d'un enfant de 13 ans 1/2, atteint de tétanos depuis la veille. Dix-sept jours auparavant, le 22 septembre, l'enfant prenait dans un fossé rempli de détritus et d'immondices, un bain, pendant lequel il se blessa au genou avec un morceau de verre souillé de boue.

Le 10, après une nuit assez calme, de véritables crises éclatent vers 11 heures du matin et se répètent toutes les cinq minutes. Le docteur se rend à l'Institut Pasteur de

Lille, où M. le D[r] Calmette lui remet du sérum antitétanique. Une première injection de 10 centimètres cubes est faite à 9 heures du soir, soit dix-huit jours après la blessure. La piqûre détermine un accès. Ceux-ci continuent du reste toute la nuit qui est très mauvaise.

Le 11. Le matin l'état paraît désespéré, les assistants récitent les prières des agonisants; vers 11 heures, seconde injection de sérum; vers 2 heures, le malade éprouve un soulagement; il fait un somme de trois heures coupé de crises beaucoup moins fréquentes. Le soir, émission de 5 à 600 grammes d'urine ; l'enfant présentait de l'anurie depuis vingt-sept heures.

Le 12. Etat stationnaire.

Le 13. La nuit a été moins bonne, les accès, tout en restant moins forts, se sont rapprochés ; à 11 heures du matin troisième injection de sérum, à la suite de laquelle une amélioration manifeste s'établit, suivie en quelques jours d'une guérison complète.

Nous avons tenu à rapporter cette observation, car les guérisons de tétanos par le sérum antitétanique sont assez rares.

III

De la préparation du sérum anticancéreux, provenant d'animaux ayant subi l'infection érysipélococcique, par M. H. Scholl. — M. Scholl donne les détails de la préparation du liquide que M. Emmerich et lui emploient pour le traitement sérothérapique des tumeurs malignes.

Les cultures dont ils se servent à cet effet proviennent de sujets atteints d'érysipèle ou de fièvre puerpérale. Les érysipélocoques sont cultivés dans un mélange composé à parties égales de bouillon de bœuf et de bouillon de che-

val et additionné de 20 p. 100 de peptone Witte. Le liquide ensemencé est laissé pendant trois fois vingt-quatre heures à l'étuve à une température de 30 à 31°, puis on en injecte 15 centimètres cubes dans la cavité péritonéale d'un jeune lapin pesant environ 1.500 grammes. L'animal succombe en quinze à vingt heures aux suites de cette injection. Le sang extrait de la cavité cardiaque sert à la préparation de nouvelles cultures destinées à être injectées aux moutons qui fourniront le sérum vaccinal.

On injecte d'abord 15 centimètres cubes de cette culture sous la peau d'un mérinos âgé de trois mois et pesant environ 18 kilogrammes. Bientôt après l'animal accuse une élévation de température de 1° à 2° ; il ne mange pas, il reste couché. Au bout de vingt-quatre heures ces phénomènes morbides se dissipent ; on injecte alors 30 centimètres cubes de cultures, puis l'on continue les injections à la même dose. Si l'on essaye d'augmenter celle-ci de quelques centimètres cubes seulement, on voit beaucoup d'animaux succomber. De cette façon 30 centimètres cubes représentent pratiquement la dose maxima de liquide de culture que le mouton puisse supporter.

Ces injections ayant été continuées pendant six à huit semaines à la même dose, on sacrifie l'animal en lui ouvrant la carotide. Le sang ainsi obtenu est conservé à une température de 0° pendant trente-six heures, et on laisse la séparation du sérum et de la fibrine se faire spontanément. Enfin, le sérum est filtré au moyen de la bougie de Chamberland, puis additionné de tricrésol dans la proportion de 0,4 p. 100, proportion qui suffit pour tuer en vingt-quatre heures tous les érysipélocoques ayant échappé à la filtration.

On peut aussi utiliser un procédé rapide d'extraction du

sérum en ayant recours au battage du sang avec un agitateur en verre stérilisé, suivi de la centrifugation du sérum. On obtient ainsi en vingt minutes un liquide pouvant servir aux inoculations.

Il va de soi que toutes les opérations sont pratiquées avec toutes les règles de l'asepsie la plus rigoureuse. Chaque série de flacons contenant le sérum est soumise à un examen bactériologique minutieux, et si l'on y constate la présence d'érysipélocoques, elle n'est pas employée pour les inoculations.

(*Semaine médicale*, 20 novembre.)

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. DISCUSSION SUR LA CONTAGION NOSOCOMIALE DE LA TUBERCULOSE. — II. DE L'EMPLOI LOCAL DE GAÏACOL POUR L'APPLICATION DES POINTES DE FEU. — III. SUR LA VALEUR DE LA TUBERCULINE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE BOVINE. — IV. DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE PAR LES FAIBLES DOSES DE TUBERCULINE.

I

Séance du 18 février. — La discussion sur la contagion de la tuberculose continue à l'Académie. M. Ferrand, tout en admettant la contagion de la tuberculose, réclame

pour l'hérédité un rôle prépondérant, dans l'étiologie de cette affection. C'est l'opinion que notre excellent maître, le Dr Jousset, professe depuis longtemps.

M. Ferrand oppose aux partisans de la contagion à outrance deux ordres d'argumentation distincts. Il rappelle un fait qu'il a rapporté au Congrès de la tuberculose en 1888.

Cette observation a trait à une famille dans laquelle la mère, peu robuste cependant, résiste à la contagion dont son mari d'abord a dû la menacer pendant près de cinquante ans qu'il a cohabité avec elle, tuberculeux lui-même, dès sa jeunesse, ainsi qu'en ont témoigné les nombreuses hémoptysies qu'il eut dans le cours de son existence et auxquelles il finit par succomber vers l'âge de 70 ans, contagion dont elle fut assiégée pour ainsi dire, par les enfants qu'elle eut de ce mari, et qui tous moururent de tuberculoses diverses à différents âges, et bien que se trouvant dans des conditions de milieu les plus différentes. Cette femme qui a cependant soigné de près son mari et ses 7 enfants, a atteint 85 ans. Il est peu de faits qui proclament plus nettement et la puissance de l'hérédité et à la fois le peu d'influence de la contagion.

Le second argument de M. Ferrand est le suivant : Les compagnies d'assurances françaises et étrangères dressent des statistiques qui sont fort intéressantes pour nous, parce qu'elles nous fournissent sur la morbidité des renseignements qui manquent le plus souvent aux médecins.

Les compagnies françaises n'acceptent guère dans leurs risques les sujets menacés par l'hérédité tuberculeuse. Pour plusieurs motifs il n'en est pas de même à l'étran-

ger; et il résulte de statistiques étrangères que la mortalité par phtisie pulmonaire est toujours notablement plus élevée pour les sujets présentant dans leur famille des antécédents de phtisie, que pour les sujets dont les antécédents sont purs de cette tare.

Ainsi, avant 29 ans, la mortalité par phtisie étant, relativement aux autres causes de mort, dans la proportion de 35,8 p. 100 pour les sujets sains membres de familles indemnes, ce chiffre s'élève à 51 p. 100 dans les familles de phtisiques.

De 30 à 39 ans, la proportion est de 26,3 p. 100 dans les familles indemnes; elle est de 39,6 p. 100 dans les familles de phtisiques.

De 50 à 59 ans, la proportion s'abaisse beaucoup; elle est de 6,7 p. 100 dans les familles indemnes; elle est de 15,7 p. 100 dans les familles de phtisiques.

De 60 à 69 ans, la proportion est de 5,8 p. 100 dans les familles indemnes; elle est de 8,2 p. 100 dans les familles de phtisiques. Au-dessus de 70 ans la proportion changerait de sens; mais les chiffres sont ici trop peu considérables, dit M. Ferrand, pour avoir une valeur quelconque et permettre aucune déduction.

En résumé, ces chiffres signifient que les chances qu'un individu a de mourir tuberculeux sont plus élevées, pendant tout le temps de sa carrière (du moins jusqu'à 70 ans), alors qu'il y a eu des phtisiques dans ses antécédents de famille. Il y a donc lieu de conserver à l'hérédité une très large place dans l'étiologie de la tuberculose.

II

Séance du 25 *février.* — M. Ferrand lit un rapport sur

un mémoire de M. le Dr Pize, concernant l'emploi du gaïacol pour l'application des pointes de feu.

On imbibe une fine compresse de 1 à 3 grammes de gaïacol pur, puis on la maintient pendant dix minutes environ au contact de la peau, en la recouvrant d'un morceau de taffetas gommé pour prévenir l'évaporation ; après quoi, l'appareil étant enlevé, on procède à la cautérisation ponctuée, laquelle, au dire de l'auteur du mémoire, est à peine sentie, l'analgésie se prolongeant encore quelques heures, de sorte que le patient est affranchi, par ce procédé, non seulement de la douleur que produit l'application de la pointe rougie, mais encore de celle qui résulte de la brûlure.

III

Le ministre de l'Agriculture ayant consulté l'Académie sur la question de savoir quelle est la valeur de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose, M. Weber vient, au nom de la Commission nommée à ce sujet par l'Académie, faire connaître le résultat de ses délibérations.

La tuberculine, on le sait, est un extrait stérilisé des cultures du bacille tuberculeux en milieux glycérinés. Injectée à dose de 30 à 50 centigrammes, selon la taille, elle provoque, sur les animaux tuberculeux, une élévation de température de 1°,5, 2 à 2°,5 et même plus, réaction permettant d'affirmer l'existence de lésions tuberculeuses, si peu étendues qu'elles soient, tandis que la même dose n'a pas d'effet appréciable sur les animaux non tuberculeux, alors même qu'ils sont porteurs de lésions graves du poumon ou des autres organes.

Cette réaction fébrile apparaît entre la douzième et la

treizième heure qui suit l'injection et dure plusieurs heures.

La réaction est ordinairement plus sensible sur les animaux qui sont au début de la maladie qu'elle ne l'est sur ceux qui sont assez malades pour présenter des caractères cliniques bien accusés, de sorte que ce sont les animaux qui sont le plus malades qui réagissent le moins.

La tuberculine, dit la Commission, est un moyen précieux pour établir le diagnostic de la tuberculose bovine, et il y a tout avantage à recommander son emploi.

IV

M. le D[r] Grasset (de Montpellier) fait une communication sur l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic précoce de la tuberculose humaine. Dans son livre sur la « Tuberculose et son bacille » Strauss donne comme un bon moyen de diagnostic cette substance injectée à la dose de 0 cc. 01. M. Grasset a réussi avec des doses bien inférieures.

D'après les indications de Nocard, il fait d'abord une *dilution* au dixième dans de l'eau phéniquée à 5 p. 1.000. 1 gramme de cette *première dilution*, mis dans un demi-litre d'eau bouillie, donne une dilution à 1 p. 5.000; chaque centimètre cube de cette solution contient deux dixièmes de milligramme de tuberculine brute.

Les premiers essais ont été faits à un dixième de milligramme. Cette dose n'a pas paru suffisante et a été portée à deux ou trois dixièmes de milligramme.

L'injection se fait, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, à la cuisse.

On prend la température deux ou trois fois par jour, pendant trois jours.

Nous reproduisons *in extenso* les observations et les conclusions de M. Grasset.

« I. — Un homme de 43 ans (salle Bordeu), entré le 30 décembre 1895, présente des symptômes de *méningite rachidienne* sans signe extérieur de lésion vertébrale.

« Depuis quatre mois, douleurs intercostales à paroxysmes ; rachis douloureux, à la pression et dans la position horizontale, de la 7ᵉ cervicale à la 9ᵉ dorsale, avec irradiations thoraciques.

« A l'œil gauche, myosis, larmoiement, un peu d'exophthalmie et de ptosis ; hypothermie de l'oreille.

« Dénutrition ; amaigrissement croissant.

« Réaction, huit à dix heures après l'injection, sans phénomènes congestifs, subjectifs ou objectifs. La température normale oscillant de 36°,1 à 36°,7, elle s'élève à 37°,2, après 1 dixième de milligramme, à 37°,8 après 2 dixièmes, et à 38° après 3 dixièmes.

« Nous concluons à la nature tuberculeuse de la méningite.

« II. — Un homme de 22 ans (salle Martin Tisson, 29), entré le 21 décembre 1895, présente les symptômes d'une *maladie d'Addison*. Il a eu un abcès froid costo-vertébral raclé deux fois et guéri avec cicatrice adhérente. Le père a eu des hémoptysies.

« La coloration bronzée a commencé il y a cinq mois et est actuellement tout à fait caractéristique. Pas d'amaigrissement.

« Il tousse depuis un mois et présente au sommet gauche, en avant, une expiration légèrement prolongée ; en arrière, au même sommet, diminution de l'expansion vésiculaire ; peut-être quelques craquements secs à la toux.

« Pas de bacilles dans les crachats.

« A 1 et à 3 décimilligrammes, la réaction n'est pas nette. A 5 dixièmes de milligramme, elle est certaine.

« La température oscillant de 36°,2 à 37°, on fait l'injection à 10 heures du matin ; la température est à 37° à 10 heures du soir ; elle descend à 36°,8 le lendemain à 7 heures du matin et remonte à 38° (3 heures du soir), et 38°,1 (6 heures du soir) ; elle oscille toute la journée du lendemain entre 37°,7 et 37°,9 et tombe le jour suivant.

« Cette réaction, qui permet de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la maladie d'Addison chez notre malade, est remarquable par son début tardif et sa durée relativement longue.

« Notons aussi de l'hypothermie (à 35°,9) à la suite de la réaction.

« III. — Un homme de 41 ans (salle Fouquet, 33), entré le 10 janvier 1896, présente des symptômes de *méningite cérébrale*. Nous attribuons ce syndrome méningé à une infection éberthienne.

« Quand la fièvre est tombée et que la température oscille entre 36°,4 et 37°,5, une injection de 3 dixièmes de milligrammes amène, huit heures après l'injection, une réaction courte, mais intense, à 39°,3. Plus tard, une seconde injection de 5 dixièmes de milligramme amène encore une réaction à 39°,2 (vingt-neuf heures après l'injection), suivie d'une température de 36°,2.

« Pas de bacilles dans les crachats. Submatité au sommet gauche.

« Nous concluons à la nature tuberculeuse de l'infection. En fait, le malade, encore dans les salles, continue à dépérir lentement.

« Voici maintenant des cas respiratoires.

« IV. — Un homme de 33 ans, typographe (salle Fouquet, n° 25), entré le 3 janvier 1896, présente des symptômes de *saturnisme* ancien avec encéphalopathie chronique.

« De plus, il présente des signes d'*induration du sommet gauche sans bacilles* dans les crachats.

« La température oscillant entre 36° et 36°,5, une injection de 2 décimilligrammes est faite à 10 heures du matin ; la température atteint 37°,3 à 10 heures du soir. Le lendemain, 36°,8 le matin et 38°,5 (maximum) vingt-neuf heures après l'injection. Le lendemain, elle oscille de 36°,8 à 37°,8, puis retombe à 36°,7 et 36,°8.

« Quelques jours après, une injection de 3 dixièmes de milligramme amène une réaction de 38°,2 trente-deux heures après l'injection.

« Le malade est très explicite sur les sensations qu'il a éprouvées ; le jour de l'injection, rien de bien appréciable; mais le lendemain et le surlendemain, bouffées de chaleur, malaise, perte des forces et de l'appétit ; pas d'expectoration augmentée, ni de palpitations.

« V. — Un homme de 22 ans (salle Martin Tisson, n° 30), entré le 29 janvier 1896, tousse depuis un mois et présente des signes d'*induration du sommet droit sans bacilles dans les crachats.*

« A 3 dixièmes de milligramme, réaction nulle ou très peu marquée (37°,5). Après 5 dixièmes de milligramme, la température atteint 37°,8 ; huit heures après, 39°,2 ; vingt-huit heures après, se maintient encore à 38°,8 ; trente-cinq heures après, atteint 38° les trois jours suivants.

« Cette réaction prolongée n'a augmenté ni la toux ni

l'expectoration et n'a en rien modifié les signes d'auscultation.

« VI. — Un homme de 39 ans (salle Bayle, n° 10), entré le 7 janvier 1896, a une *ancienne pleurésie* datant de cinq mois ; l'épanchement a été constaté il y a trois mois ; on a appliqué sept vésicatoires.

« La fièvre n'est pas tombée au moment de l'injection et monte encore à 38°,1 le soir. Après une injection de 2 dixièmes de milligramme, la température monte à 38°,5 le jour même et à 38°,7 le lendemain, pour tomber ensuite à 36°,8 et 36°.

Cette chute consécutive semble bien indiquer qu'il y a eu réaction.

« VII. — Un homme de 21 ans (salle Martin Tisson, n° 26), entré le 11 février 1896, a une *pleurésie récente* (datant de quinze jours) avec épanchement. Pas de bacilles dans les crachats.

« L'injection de 3 dixièmes de milligramme n'amène pas de réaction sensible et l'injection de 5 milligrammes n'amène qu'une réaction insuffisante pour diagnostiquer la nature tuberculeuse de la pleurésie.

« VIII. — L'absence de réaction est également remarquable dans le cas suivant :

« Un homme de 22 ans (salle Martin Tisson, n° 21), entré le 5 janvier 1896, a des *bronchites* fréquentes et a une *tumeur blanche* guérie de l'épaule gauche (avec suintement purulent pendant deux ans) ; actuellement, cicatrice adhérente à l'os, mouvements de l'épaule un peu limités, atrophie assez marquée du bras. Bronchite du sommet, pas de bacilles dans les crachats.

Ne réagit ni à 1, ni à 3 décimilligrammes.

Voici maintenant 3 cas dans lesquels la réaction a été

nulle ou insignifiante, quoique la tuberculose fût certaine *avec bacilles dans les crachats.*

« IX. — Un homme de 48 ans (salle Fouquet, n° 31) a une tuberculose certaine datant d'un an avec hémoptysies, vomissements, troubles gastro-intestinaux, craquements humides aux deux sommets, nombreux bacilles dans les crachats.

« Après une injection de 1 décimilligramme, la température n'atteint que 37°,1 (au lieu de 36°,1). Rien après 3/10 de milligramme.

« X. — Homme de 40 ans (salle Fouquet, n° 8), entré le 11 novembre 1895. Tuberculose datant de trois ans avec craquements humides et gargouillements. Bacilles dans les crachats.

« Huit heures après l'injection de 3/10 de milligramme, la température atteint 37°,3.

« XI. — Homme de 37 ans (salle Fouquet, n° 11), entré le 30 décembre 1895. Tuberculose datant de quinze mois avec crachats sanguinolents et craquements humides aux deux sommets. Bacilles dans les crachats.

« Pas de réaction (37°,3) après 3/10 de milligramme.

« Voici enfin 2 cas de syphilitiques non tuberculeux.

« XII. — Homme de 34 ans (salle Fouquet, n° 12), entré en décembre 1895. — *Tabes* bien caractérisé, *syphilis* antérieure.

« Pas de réaction (37°,1) après une injection d'un décimilligramme.

« XIII. — Homme (salle Fouquet, n° 29), paraplégie spastique par *méningomyélite syphilitique.*

« Très légère réaction après 1/10 de milligramme (37°,3) et après 5/10 de milligramme (37°,6) ».

« La principale *conclusion* que nous voulons tirer de ces quelques faits, c'est la complète *innocuité* des injections hypodermiques de tuberculine, faites aux doses et dans les conditions que nous précisons.

« Je n'ai pas besoin de rappeler que la tuberculine ne risque pas de rendre tuberculeux des sujets qui ne le sont pas. C'est un poison bactérien, ce n'est pas un virus atténué.

« Le seul danger à éviter, c'est l'aggravation des symptômes préexistants, la poussée de réaction chez des tuberculeux antérieurs.

« Il me semble qu'à ce point de vue, les 13 cas que nous rapportons sont absolument démonstratifs ; en employant des doses minimes, ne dépassant pas 5/10 de milligramme, la réaction n'a aucune espèce d'inconvénient.

« Voilà un premier point acquis.

« D'autre part, déjà à ces doses minimes, on a dans certains cas des réactions bien nettes : nos cinq premières courbes sont bien démonstratives à ce point de vue.

« Ces réactions peuvent permettre alors de reconnaître la tuberculose chez des malades dont le diagnostic nosologique serait bien difficile, sinon impossible, sans ce moyen : tels 2 cas d'induration pulmonaire sans bacilles dans les crachats, 2 cas de méningite (l'une rachidienne, l'autre cérébrale), 1 cas de maladie d'Addison.

« Pour ne pas laisser passer inaperçues certaines de ces réactions, il faut se rappeler qu'elles sont parfois tardives.

« A côté de ces cas à réaction bien nette et dont le diagnostic paraît certain d'après les données actuelles sur la tuberculine, il y en a d'autres à réaction douteuse :

tels nos 2 cas de pleurésie (nos 6 et 7) à réaction nulle ou très faible.

« Ensuite il y a les cas sans réaction. Ici il ne faudrait pas conclure pour cela à l'absence de tuberculose. La tuberculose peut être guérie comme chez notre numéro 8 (tumeur blanche) ou elle peut être, au contraire, très avancée et indiscutable, avec ramollissement du poumon et nombreux bacilles dans les crachats comme dans nos cas 9, 10 et 11.

« Dans ces cas on peut dire qu'il y a imprégnation naturelle, accoutumance et partant pas de réaction avec nos doses minimes. Ces doses sont insuffisantes dans ces cas et du reste l'essai est inutile pour le diagnostic. Pour agir à ces faibles doses, il semble que la tuberculine doit rencontrer des lésions encore très peu touchées par le poison bactérien.

« On signale le même fait dans les instructions pour le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

« Enfin on sait que, d'autre part, on a indiqué la syphilis (la lèpre et l'actinomycose) comme pouvant présenter aussi des réactions par la tuberculine. Notre numéro 13 (ancien syphilitique non tuberculeux) a eu en effet une légère réaction. Donc, ce signe n'aura de valeur pour le diagnostic de la tuberculose que s'il n'y a pas en même temps chez le sujet une syphilis antérieure (de la lèpre ou de l'actinomycose).

« En somme, ces recherches me paraissent suffire pour provoquer de nouveaux essais cliniques, de manière à ce que l'Académie puisse un jour rédiger des instructions pour le diagnostic de la tuberculose humaine par la tuberculine, comme elle est appelée à le faire pour le diagnostic de la tuberculose bovine. » Dr CRÉPEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Appendicite expérimentale et pathogénie de l'appendicite. — II. Sérothérapie de la diphtérie. — III. Le krack de la créosote dans le traitement de la tuberculose.

I

Séance du 31 *janvier.* — MM. Roger et Josué se sont livrés à des expériences sur les lapins pour étudier la pathogénie de l'appendicite. Ils pratiquent la ligature de l'appendice au catgut, en ayant soin de ménager les vaisseaux et injectent dans la cavité de l'appendice quelques gouttes d'une culture virulente de bacillum coli. Quelques jours après (17e jour, 12e jour) l'animal meurt. Dans une expérience, l'appendice est complètement transformé en cavité close, renfermant un pus blanchâtre, laiteux, contenant quelques fausses membranes ; quelques fausses membranes péritonéales lâches. Dans une autre expérience, la partie postérieure de l'appendice est perforée et communique avec une vaste collection purulente enkystée au milieu des intestins.

Dans une autre expérience, on fait simplement la ligature sans injecter de bacillum coli ; l'animal, après avoir maigri, reprend un état de santé assez satisfaisant ; mais la palpation de l'abdomen permet « de sentir, dans le flanc droit, une masse assez volumineuse, dure, rénittente ». On sacrifie l'animal au bout de trois mois et on trouve l'appendice transformé en un kyste purulent, sans altération du péritoine ; le pus contient du bacillum coli.

Ces expériences montrent qu'il est inutile d'introduire un germe pathogène et que le bacillum coli de l'intestin peut, en présence d'une inflammation de l'appendice, de-

venir virulent. Elles démontrent qu'une obstruction, même passagère, peut être le point de départ d'une appendicite suppurée.

M. Rendu constate que ces expériences viennent à l'appui des idées de M. Dieulafoy sur la pathogénie de l'appendicite. M. Rendu a trouvé, il y a quelques jours, à l'autopsie d'un tuberculeux mort de méningite, « un appendice vermiforme énorme, distendu, violacé, ressemblant absolument à une trompe utérine enflammée. Au niveau de son implantation cæcale existait une sorte de froncement fibreux qui séparait l'appendice malade du cæcum sain ». L'appendice était rempli de pus et la muqueuse commençait à s'ulcérer. Le péritoine était sain. Pendant la vie, aucun symptôme n'avait fait soupçonner cette grosse lésion.

A la séance suivante, M. Dieulafoy est venu lire les conclusions de ses leçons sur l'appendicite, leçons qui paraîtront sous peu. Voici ces conclusions résumées :

« L'appendicite est toujours le résultat de la transformation en *cavité close* du canal appendiculaire sur un point quelconque de son trajet.

« Cette oblitération se fait par divers mécanismes, le plus souvent par un calcul qui se développe dans l'intérieur de l'appendice (véritable *lithiase appendiculaire*), coexistence de cette lithiase avec les lithiases biliaires et rénales chez le même sujet, ou dans la même famille. Cette appendicite calculeuse serait de nature goutteuse. »

M. Dieulafoy nous paraît vouloir généraliser des faits qu'il a pu observer et il nous semble que l'appendicite calculeuse, si elle existe réellement dans ces conditions, ne répond qu'à quelques cas d'appendicite et qu'il y a à

côté d'autres modes pathogéniques. Nous aurons, du reste, probablement à revenir sur ce point le mois prochain, car il y a plusieurs communications annoncées sur ce sujet.

Dans une séance ultérieure (21 *février*) M. Talamon est venu revendiquer la priorité pour la théorie de l'appendicite par cavité close.

Il lit un passage d'un article publié le 16 décembre 1882, dans le *Progrès médical*, qui montre d'une façon indéniable qu'il a reconnu ce mode pathogénique de l'appendicite ; il a reproduit, du reste, les mêmes opinions dans la *Médecine moderne* en 1890 et dans son travail sur *l'appendicite et la pérityphlite* publié en 1891 dans la bibliothèque médicale Charcot-Debove.

Il est très flatté que M. Dieulafoy approuve son hypothèse, mais il ne peut permettre qu'il pousse l'*approbation* jusqu'à l'*appropriation* et qu'il donne comme sienne une idée formulée et publiée depuis longtemps.

II

M. Sevestre ouvre une longue discussion, qui durera deux séances, sur la sérothérapie de la diphtérie ; il attribue les accidents consécutifs aux injections de sérum de Roux à une infection par le streptocoque. Il commence par se déclarer partisan quand même de la sérothérapie, malgré la répugnance de certains médecins ; il rapporte même à ce sujet qu'un médecin des hôpitaux lui disait récemment qu'il n'y avait jamais recours, n'aimant pas « ces drogues-là ». Le Dr Sevestre veut donc rechercher si les accidents qu'il a signalés dans une discussion précédente sont imputables ou non au sérum lui-même.

Il faut d'abord distinguer dans les accidents qui peuvent survenir chez un enfant traité par le sérum ceux que l'on connaissait avant l'emploi de ce moyen, tels que les troubles cardiaques, les paralysies, etc., qui sont imputables à la diphthérie elle-même, et ceux qui, paraissant n'exister que depuis la sérothérapie, semblent bien sous la dépendance du sérum.

Il divise ces derniers en phénomènes *immédiats*, *précoces* et *tardifs*.

Les *immédiats* comprennent une élévation de la température et certaines modifications du pouls, qui sont des phénomènes inconstants et de peu de durée.

Les *précoces*, qui surviennent du quatrième au dixième jour, consistent en une éruption, ordinairement sous forme d'urticaire, s'accompagnent quelquefois d'une légère élévation de température. Cette éruption, qui est bien sous la dépendance du sérum, n'est pas spéciale au sérum de Roux, puisqu'on l'a signalée après le sérum de Marmorek et même après du sérum de cheval non immunisé.

Les accidents *tardifs* surviennent vers le treizième ou le quatorzième jour. Ils débutent par la fièvre et souvent des vomissements ; puis, très rapidement, par des douleurs articulaires vives, parcourant rapidement toutes les jointures et ne s'accompagnant pas de tuméfaction des jointures ; en même temps, une éruption rubéolique ou scarlatiniforme, ou un mélange des deux, s'accompagnant quelquefois de plaques d'urticaire ; la fièvre continue assez intense avec agitation, délire, insomnie ; l'albuminurie se montre ou réapparaît. Ces phénomènes sont plus ou moins intenses ; le plus souvent, après quatre ou cinq jours, ils s'amendent progressivement et disparaissent.

Tels sont les accidents désignés sous le nom d'*accidents post-sérothérapiques*. Sont-ils sous la dépendance du sérum de Roux?

M. Sevestre lit ensuite plusieurs observations détaillées de petits malades ayant présenté de ces accidents, observations sur lesquelles il se base pour soutenir son opinion que les accidents dits post-sérothérapiques sont dus à un streptocoque.

Il établit d'abord que dans les cas qu'il vient de citer, et du reste dans tous ceux qui ont été rapportés jusqu'à ce jour, il ne s'agissait pas d'angine diphthéritique pure, c'est-à-dire de cas ne présentant que le bacille de Lœffler seul. Cela suffit, pour lui, pour innocenter le bacille de Lœffler et du même coup le sérum. Chez tous les enfants ayant présenté des accidents post-sérothérapiques, les ensemencements des fausses membranes ont donné des colonies de streptocoques, existant soit comme microbe pathogène unique, soit comme microbe associé.

Comme conclusion pratique à sa communication, M. Sevestre, considérant que « le sérum de Roux n'est pas un produit insignifiant, mais un véritable agent thérapeutique », qui a des indications et des contre-indications, les résume ainsi :

« *A*. Dans les cas de diphtérie pure, non associée, le sérum de Roux ne détermine jamais d'accidents sérieux (à condition, bien entendu, que l'injection soit faite avec les précautions antiseptiques convenables) ; l'injection est de règle.

« *B*. Dans les cas de diphtérie associée au streptocoque, le sérum peut, dans des cas assez rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais généralement sans gravité réelle. La crainte de ces accidents ne

doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux; car, dans une maladie où deux infections s'associent et se combinent, c'est déjà beaucoup que d'avoir supprimé les effets de l'une d'elles.

« *C*. Les seuls cas où l'hésitation soit permise relativement à l'emploi du sérum de Roux, seraient ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'existence de streptocoques abondants associés au bacille court (qui n'est pas toujours en rapport avec une diphtérie vraie).

« *D*. Dans les cas où l'examen bactériologique révèle le streptocoque sans bacille de Lœffler, le sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable et est au moins inutile. Il faut, en pareil cas, s'abstenir.

« *E*. Les propositions précédentes, qui résument les indications rationnelles de l'emploi du sérum de Roux dans la diphthérie, supposent que la nature de la maladie a pu être déterminée avec précision par l'examen bactériologique; mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors deux éventualités peuvent se présenter :

« 1° S'il s'agit d'une angine légère, au début, il convient en général d'attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais à la condition de suivre le malade avec grand soin et de se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès;

« 2° Au contraire, si la maladie présente quelque caractère de gravité, et surtout s'il s'agit d'un croup, on doit évidemment faire une culture comme dans le cas précédent, mais, sans attendre le résultat de cette culture, il faut injecter et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles. »

M. Chantemesse croit que les injections de toute espèce de sérum peuvent déterminer des abcès, des urticaires au

point d'injection, il veut donc recommander un nouveau mode d'administration qu'il a essayé pour le sérum de Marmorek contre l'érysipèle : c'est la voie rectale.

Après avoir nettoyé l'intestin avec un premier lavement, il injecte le sérum dans le rectum au moyen d'une seringue et d'une sonde en gomme de 20 centimètres de longueur.

Il lui a semblé que de cette manière le sérum agissait aussi bien que par la voie sous-cutanée.

M. Netter croit que les accidents que l'on observe après l'usage du sérum de Roux peuvent s'observer après les injections d'autres sérums antitoxiques.

Il en a vu un exemple très net après l'injection du *sérum antipneumococcique.*

Il s'agissait d'un enfant atteint d'une pleurésie purulente métapneumonique enkystée au sommet gauche, traitée d'abord par des ponctions répétées, ramenant un pus crémeux renfermant exclusivement des pneumocoques très virulents. L'amélioration ne survenant pas, M. Netter voulut essayer le sérum antipneumococcique du Dr Mosny, et le 10 septembre on en injecta 6 à 7 grammes. Le résultat fut absolument nul sur la pleurésie, qui fut opérée le 2 octobre par le Dr Broca. Mais, ce qui est intéressant dans l'espèce, ce sont les accidents post-sérothérapiques que nous allons passer en revue.

Le 21 (onze jours après l'injection), douleurs de ventre atroces et fièvre violente, 39°,5, faisant penser à une péritonite.

Le 22. Éruption érythémateuse confluente dans les aines, sur les fesses et un peu au niveau de la poitrine et de l'abdomen. Sensibilité extrême des articulations des genoux, du cou-de-pied, de la hanche, sans gonflement; fièvre.

Le 23. État stationnaire des douleurs, mais l'éruption est plus vive et s'est généralisée ; elle s'accompagne de démangeaisons. La température est revenue à la normale.

L'éruption et les douleurs articulaires diminuent les jours suivants et disparaissent assez rapidement.

M. Netter a vu dernièrement un malade ayant eu des injections de sérum antituberculeux de Maragliano et qui a présenté le onzième jour un érythème généralisé, avec taches purpuriques, une température assez élevée et des douleurs articulaires généralisées.

Il semblerait donc que tous les sérums peuvent devenir le point de départ d'accidents analogues, quel que soit l'animal ayant produit le sérum. Devant ces faits M. Netter ne croit pas que les accidents survenant après l'emploi du sérum de Roux puissent être attribués aux streptocoques ; il trouve plus naturel de les attribuer à l'injection de sérum.

M. Le Gendre fait alors une communication *à propos du syndrome post-sérothérapique ; rôle douteux du streptocoque dans sa pathogénie ; la diphtérie latente (bacilles de Lœffler sans troubles locaux ou généraux) commande-t-elle l'emploi du sérum?*

Il commence par rapporter une observation de diphthérie très bénigne, sans streptocoque, ayant présenté des accidents post-sérothérapiques graves après une injection, observation qui suffit pour détruire toute l'argumentation du Dr Sevestre.

Voici un résumé de l'observation :

Enfant de 6 ans, atteint d'un léger mal de gorge ; le 13 décembre dernier, trois taches d'un jaune grisâtre sur

l'amygdale gauche. Etat stationnaire jusqu'au 17 décembre, où les points jaunes sont « réunis par une sorte de voile grisâtre très peu adhérent ». L'examen bactériologique montre des staphylocoques et quelques colonies d'un bacille de Lœffler plus nombreux et plus long. Injection de 15 centimètres cubes de sérum de Roux. L'exsudat qui réunissait les points jaunes se détacha les jours suivants, mais ceux-ci persistèrent.

L'état local et l'état général persiste jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là (11e jour après l'injection), apparition d'un érythème pruriant, polymorphe, qui se généralise et s'accompagne de quelques taches de purpura ; en même temps quelques douleurs articulaires et mouvement fébrile à 40°1.

Les douleurs se généralisent, s'étendent non seulement aux articulations, mais aussi aux masses musculaires ; les urines deviennent rares et très albumineuses.

Les accidents allèrent ensuite en diminuant et disparurent le septième jour.

En présence de ces accidents survenus par l'emploi du traitement dans le cours d'une affection qui était naturellement bénigne, M. Le Gendre se demande si son traitement n'a pas été plus nuisible qu'utile. Il connaît du reste un fait analogue, aussi bénin par ses symptômes initiaux et ayant présenté des accidents post-sérothérapiques aussi graves.

M. Le Gendre rapporte ensuite le fait suivant :

Le 14. Il trouva dans son service à Aubervilliers un homme « qui crachait un abcès de l'amygdale ». L'examen bactériologique fait à ce moment ne décela aucun bacille de Lœffler. Or, cinq jours auparavant, ce monsieur avait été inoculé par son médecin, d'après un examen

bactériologique positif du laboratoire municipal. Bien plus la femme et les trois enfants furent envoyés à la Maison Dubois, dans le service du Dr Bourcy ; la domestique de cette famille à l'hôpital St-Joseph, dans le service du Dr Tison, comme présentant le bacille de la diphtérie dans la gorge (examen bactériologique du Laboratoire municipal). Or, aucun de ces malades ne présentait de mal de gorge. M. Le Gendre, qui donne à ces cas le nom de *diphthéries latentes*, se demande si le Dr Roux conseillerait de les inoculer, au risque de produire des accidents post-sérothérapiques pouvant être sérieux. Pour lui il conclut à la non inoculation.

Nous partageons absolument son avis quant à l'inoculation. Pour le titre de diphthérie latente, il nous semble un peu exagéré ; car, au même compte, nous devrions considérer comme atteints de tuberculose latente les personnes qui présentent le bacille de Koch dans les fosses nasales sans être autrement malades, nous devrions considérer comme atteints de pneumonie latente, ceux qui ont des pneumocoques dans la gorge, etc.

M. Gaucher rapporte qu'il a été appelé, il y a quelque temps, dans une famille pour un enfant atteint d'une angine couenneuse d'intensité moyenne. L'examen bactériologique démontra le bacille de Lœffler. L'enfant était guéri lorsque le résultat de l'examen fut connu ; effroi des parents et injection d'une dizaine de centimètres cubes pour les rassurer. Depuis cette époque, l'enfant a eu de très nombreux abcès qui se reproduisent encore sur divers points du corps.

M. Gaucher, sans être hostile au traitement sérothérapique de la diphthérie, et prêt à l'employer dans les cas où il lui paraîtra nécessaire, croit qu'il y aurait lieu de « pro-

voquer, auprès de tous les médecins de France, une enquête minutieuse pour connaître les accidents produits par la sérumthérapie ».

M. Chantemesse, qui représente l'Institut Pasteur à la Société des hôpitaux, répond avec une certaine acrimonie aux communications de ses deux collègues, qu'il voit avec peine amener un discrédit sur le sérum de Roux. Il les prend à partie successivement sur leurs observations qu'il juge incomplètes. Quant à la proposition d'enquête de M. Gaucher, l'enquête existe, elle est complète ; elle a été faite par les médecins des hôpitaux d'enfants ; le rapport de M. Monod démontrant que la mortalité par la diphtérie pour toute la France a été réduite des deux tiers est la meilleure réponse à faire aux critiques.

M. Le Gendre répond très sagement que les accidents post-sérothérapiques paraissent bien sous la dépendance du sérum. « Je consens bien, dit-il, à y exposer les malades quand il y a nécessité ou utilité évidente, mais j'hésite, je me refuse même à les leur infliger, quand ils paraissent devoir guérir sans courir ce risque. »

A la séance suivante (7 *février*), M. Hutinel s'associe à la plupart des conclusions de M. Sevestre ; comme lui, il pense que les accidents tardifs post-sérothérapiques peuvent vraisemblablement être imputés à des infections secondaires : « Les érythèmes, la fièvre, les arthropathies, les myopathies, l'albuminurie, etc., qui les caractérisent, rappellent trop ce qu'il a vu et décrit dans les diphtéries associées au streptocoque, bien avant qu'il ne fût question des sérums de Behring et de Roux, pour qu'il n'en ait pas été frappé. »

Tout en étant disposé à croire que les streptocoques

virulents sont la cause principale de ces accidents, M. Hutinel reconnaît qu'on ne peut l'affirmer, puisqu'un certain nombre d'observations, celle de M. Le Gendre en particulier, montrent l'existence des mêmes accidents en l'absence du streptocoque.

Il rapporte ensuite 3 cas d'accidents post-sérothérapiques suivis de mort. Dans le premier, il s'agissait d'une fillette de 12 ans atteinte d'angine diphtérique, avec association du streptocoque; dans les deux autres de scarlatine avec angine, présentant des bacilles de Lœffler.

Il ajouterait aux conclusions du D[r] Sevestre, les deux suivantes :

« Quand une angine diphtéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur de grosses amygdales chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes, il ne faut pas trop se hâter d'injecter le sérum de Roux, à moins que l'examen ne revèle la présence de bacilles de Lœffler longs et nombreux ou que les fausses membranes ne s'étendent.

« Dans les cas de scarlatine où on découvre des bacilles de Lœffler dans la gorge, il est prudent de s'assurer, avant de faire une injection de sérum, si les bacilles sont nombreux et longs et si la diphtérie est nettement caractérisée. »

M. Chantemesse ne croit pas que les accidents graves, mortels, signalés par M. Hutinel, peuvent être imputés au sérum de Roux, puisqu'on a observé de l'albuminurie; or, comme on n'en rencontre pas d'ordinaire à la suite des injections de sérum, il doit y avoir une autre raison pour ces accidents.

M. Le Gendre, relevant une assertion de M. Chantemesse, disant que « non seulement le sérum antidiphté-

rique est incapable de produire l'albuminurie, mais qu'il est le meilleur protecteur du rein contre l'albuminurie diphtérique », signale 1 cas de diphtérie d'intensité moyenne, qu'il soigne depuis le 28 janvier. Injection de sérum le 30. A ce moment aucune albumine dans l'urine. L'albuminurie ne se montra que le 4 février, cinq jours après l'injection et elle dure encore. M. Le Gendre n'attribue pas cette albuminurie à l'injection, mais celle-ci n'a pas empêché son apparition.

M. Ed. Hirtz rapporte deux faits analogues.

M. Variot, à l'occasion de cette discussion, publie la statistique du service de la diphthérie de l'hôpital Trousseau, en revenant sur quelques points discutés par les orateurs précédents.

Au point de vue de la question pratique posée par M. Le Gendre, M. Variot entre dans des considérations intéressantes. Le bacille court d'abord ne paraît pas avoir grande importance; ainsi les internes de M. Variot ont fait « des cultures de mucus pharyngé d'enfants pris au hasard à la consultation de l'hôpital Trousseau. Ils ont trouvé le bacille court chez un grand nombre des enfants examinés et dont la gorge était saine ».

Il connaît deux enfants qui ont reçu des injections de sérum de Roux quoique ne présentant pas de symptômes pharyngés ou laryngés, parce que le laboratoire municipal avait indiqué la présence de bacilles courts de la diphtérie.

M. Variot revendique à bon droit la supériorité de la clinique sur la bactériologie dans cette occasion et dit que c'est la clinique qui doit préciser les indications thérapeutiques.

Et sa pratique me semble très sage.

« Lorsqu'une angine avec exsudat me paraît très bénigne, j'attends l'examen bactériologique. Si celui-ci est positif le lendemain et si les exsudats sont déjà en voie de régression, je diffère l'injection et très habituellement la guérison survient naturellement. Si, au contraire, les exsudats se sont étendus, je fais pratiquer une injection de 10 centimètres cubes ou 20 centimètres cubes, suivant l'intensité du processus ou suivant l'âge de l'enfant.

« Quand je constate des placards pharyngés multiples et extensifs, je fais pratiquer l'injection de sérum immédiatement et l'examen bactériologique vient presque constamment confirmer l'examen clinique le lendemain.

« De même, si à des exsudats pharyngés circonscrits ou étendus se surajoutent des troubles laryngés, même légers, indiquant une extension du processus du côté des voies aériennes, je fais injecter le sérum immédiatement. Enfin, lorsque le pharynx, de même que les fosses nasales, sont libres d'exsudats et lorsque je constate des phénomènes de suffocation qui peuvent se rapporter, soit à un croup d'emblée, soit à une laryngite suffocante, je n'hésite pas, dans le doute, à recourir au sérum, parce que le croup d'emblée m'a paru plus fréquent que la laryngite suffocante. »

Nous donnerons à notre tour nos conclusions à cette discussion qui reviendra du reste de nouveau à la Société des hôpitaux.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une angine paraissant bénigne, avec des fausses membranes peu adhérentes, de forme arrondie principalement, avec peu ou pas d'adénopathie, nous attendons.

Si l'état paraît s'aggraver et qu'il existe le bacille de

Lœffler, nous injectons 5 à 10 centimètres cubes de sérum suivant l'âge du malade (ces doses nous ont toujours paru suffisantes).

Si l'état paraît grave dès le début, ou si, malgré la bénignité, il existe des symptômes laryngés, nous recourons immédiatement à l'injection de sérum avant d'avoir le résultat de l'examen bactériologique.

Nous croyons, comme MM. Le Gendre, Gaucher et Variot, qu'un certain nombre d'angines incontestablement diphthéritiques guérissent facilement sans injections diphthéritiques.

Nous n'acceptons pas pour le moment comme des diphthéries, les cas dénommés par notre ami Le Gendre, diphthéries latentes et nous nous abstiendrons comme lui de faire des injections de sérum sans nécessité.

Le sérum de Roux reste un médicament d'une importance primordiale et d'une incontestable valeur, qui, pour nous, est un médicament véritablement homœopathique, qui, par conséquent, peut produire des aggravations s'il est donné à trop hautes doses ou lorsqu'il n'est pas indiqué; ce n'est pas un agent indifférent, c'est un remède dont les indications doivent encore être étudiées.

III

Séance du 14 février. — M. Catrin ouvre la discussion sur *l'emploi de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, en rappelant que dès 1893, dans un rapport au Conseil de Santé, il signalait deux malades qui n'avaient pas pu supporter la dose unique de 20 grammes d'huile créosotée pendant trois jours. Il ajoutait, à cette époque, qu'il avait remarqué que les doses fortes considérées comme nécessaires lui avaient paru « provo-

quer une congestion pulmonaire assez intense pour amener des crachements de sang ». En outre, chez les tuberculeux présentant un commencement de ramollissement, la créosote paraît aggraver l'état en amenant de la fièvre.

En résumé, il croit « que les injections créosotées n'ont que des indications très restreintes et beaucoup de contre indications ».

M. Fernet, après avoir rappelé les débuts de cette discussion et après avoir résumé les opinions émises à la séance de janvier où on a déjà traité la question, se rattache à l'opinion de M. Faisans; il s'occupe ensuite du traitement de la tuberculose et rappelle les différentes substances antiseptiques qui ont été successivement proposées et abandonnées dans le traitement de la tuberculose. La créosote a été conservée pour plusieurs raisons : tout d'abord elle a été préconisée par des médecins éminents, MM. Bouchard et Gimbert, qui déclaraient que, par ce moyen, l'on « pouvait obtenir la guérison dans la plupart des cas du premier degré, une amélioration notable et même la guérison dans bon nombre de cas du deuxième degré ». Voici des conclusions qui étaient très encourageantes, mais pour pouvoir apprécier les avantages d'une médication dans le traitement d'une maladie, « il est indispensable de connaître d'abord le pronostic général de cette maladie en dehors de l'influence de la médication ». M. Fernet rappelle ensuite que les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière ont tous été frappés du grand nombre de tuberculoses guéries dont ils constataient les vestiges dans leurs autopsies; que M. Brouardel a trouvé chez les 3/4 environ des individus morts de mort violente, et qu'on ne savait pas malades, des lésions de tuberculose; « or, fait observer M. Brouardel, la morta-

lité par tuberculose n'atteint même pas le 1/4 de la mortalité générale ; il faut donc supposer que chez la moitié de ces individus morts de mort violente, les lésions tuberculeuses limitées n'auraient pas évolué. »

M. Fernet rappelle ensuite qu'un grand nombre de tuberculoses locales (péritonites, pleurésies, etc.), guérissent souvent spontanément ; que la tuberculose pulmonaire guérit souvent par des moyens hygiéniques, par la suralimentation et l'aération méthodique particulièrement.

M. Fernet pense donc que l'on doit être très réservé sur les appréciations de l'efficacité du traitement créosoté dans les tuberculoses commençantes.

Parlant ensuite du traitement créosoté, M. Fernet relève ce que l'on a dit de l'action antiseptique de la créosote. Il ajoute : « Sans discuter ici la valeur antiseptique de la créosote pour le microbe tuberculeux en particulier, je remarquerai que tous les modes d'administration du médicament qui ont été employés (voie gastrique, voie rectale, voie bronchique, voie sous-cutanée) ne peuvent atteindre le bacille tuberculeux que par la circulation générale, qu'il faudrait par conséquent que le sang contînt une quantité de créosote suffisante pour que la parcelle qui vient au contact du bacille tuberculeux pût tuer directement le microbe ou simplement nuire à son développement. Il faudrait dès lors attribuer à la créosote une puissance antiseptique bien considérable, surtout si l'on remarque que les parties du poumon atteintes de tuberculose ont une circulation très entravée. » Il en est de la créosote comme des autres antiseptiques : pour que leur action antiseptique puisse se produire, il faudrait employer des doses toxiques.

M. Fernet résume ensuite les indications et les contre-indications du traitement créosoté et ses conclusions sont analogues à celles de M. Faisans que nous avons rapportées dans le numéro précédent.

Venant ensuite à la question de la dose, il proteste contre l'opinion du Dr Burlureaux qui voudrait qu'on s'approchât autant que possible de la dose toxique et il lui oppose l'opinion de Lasègue « que, lorsqu'un remède appliqué à une maladie à dose moyenne ne donne pas le résultat attendu, c'est que ce remède n'est pas applicable à cette maladie ».

M. Le Gendre, à propos de la fâcheuse influence de la créosote sur l'estomac, indiquée incidemment par M. Fernet, dit que si on a soin d'éviter un véhicule irritant comme le vin et l'alcool, de ne pas dépasser des doses modérées, d'administrer la créosote au milieu du repas, d'interrompre de temps à autre son emploi, on arrive à éviter tout trouble digestif; bien plus, « certains tuberculeux digèrent manifestement mieux quand ils prennent de la créosote ». Il rappelle qu'en Allemagne certaines dyspepsies ont été traitées avec succès par ce moyen. Il pourrait ajouter qu'en France, même, les médecins homœopathes l'emploient aussi à petites doses dans certains dyspepsies.

M. Catrin, revenant sur ce que M. Fernet a dit sur la fréquence des lésions de tuberculoses trouvées aux autopsies des vieillards, ajoute que les cadavres qui servent au Val-de-Grâce « sont fournis par l'asile de Nanterre; ce sont, en général, des gens âgés; or, depuis quatre ans, il en est encore à trouver un cadavre sur lequel n'existent pas de lésions tuberculeuses plus ou moins intenses, soit en activité, soit éteintes : cicatrices fibreuses, masses crétacées ou caséeuses, etc. »

Sa conviction est que « chacun a été, est ou sera tuberculeux, mais la guérison spontanée est très fréquente ».

M. Ferrand voudrait rappeler d'abord l'action physiologique de la créosote, qui est un antiseptique sans doute, mais surtout un toxique de l'ordre des poisons irritants.

Il compare l'action de la créosote sur la nutrition des éléments organiques, à celle de l'arsenic, et même du phosphore; la créosote amènerait aussi des altérations graisseuses du foie, des reins, et il rappelle un cas rapporté par Zawadski, qui, « chez un sujet mort d'empoisonnement par la créosote, observe ces lésions viscérales congestives, hémorrhagiques et graisseuses que l'on rencontre dans les intoxications aiguës dues à l'arsenic et au phosphore ».

Avant de conclure, il signale les dangers d'aggravations par le traitement créosoté ; il ajoute : « Je pourrais citer deux cas dans lesquels existait une tuberculose localisée, amenée à grand'peine, à l'aide d'une hygiène sévère et d'un traitement commun, à cet état de tolérance et d'inertie qui n'est presque plus la maladie, s'il n'est pas la guérison totale ; et dans ces deux cas, après plusieurs mois dans l'un, après plus d'une année dans l'autre, de cet état de guérison relative, je vis le ramollissement se précipiter et les accidents marcher rapidement à leur issue fatale, à la suite d'injections de créosote entreprises et poursuivies à mon insu et contre mon sentiment. »

Il résume ensuite les indications et les contre-indications du traitement créosoté comme M. Faisans.

Nous pouvons conclure de cette discussion que pour la plupart des membres de la Société des hôpitaux la créosote n'est pas un traitement applicable à tous les tuberculeux, ainsi que le comprennent aujourd'hui le plus grand nom-

bre des praticiens. Pour nos collègues des hôpitaux, la créosote peut être employée avec avantage dans certains cas bien déterminés, mais elle doit être absolument proscrite dans un grand nombre de cas, indications et contre-indications que nous avons données dans le précédent numéro (communication de M. Faisans). La créosote, cette panacée de la tuberculose, est donc en train de passer de mode et nous la verrons probablement disparaître dans un temps plus ou moins prochain, où elle ira rejoindre dans l'oubli les médications empiriques disparues aujourd'hui.

Nous appelons de tous nos vœux le moment où les recherches de laboratoires auront trouvé dans les produits tuberculeux, le remède isopathique analogue au sérum de Roux pour la diphtérie, au sérum de Marmorek pour l'érysipèle et l'infection purulente, aux moelles rabiques pour la rage.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

PLANTAGO COMME REMÈDE ODONTALGIQUE

D'après le D[r] Kopp, *plantago major* constitue un remède d'une grande importance dans les névralgies dentaires.

Dans la pathogénie de ce médicament, les symptômes odontalgiques sont très marqués et la douleur est intolérable. Dans l'odontalgie, le traitement interne est parfois plus efficace que les applications locales qui sont pour la plupart nuisibles aux dents.

Voici les indications de *plantago* :

1° La douleur, qui peut être légère au début, est ordinairement très vive, elle est aiguë, lancinante et rongeante ;

2° Le côté gauche est principalement affecté ;

3° La douleur débute le matin et persiste jusque vers 4 heures du soir ;

4° Il existe une salivation abondante ;

5° La dent est très sensible et semble allongée ;

6° La joue est tuméfiée du côté malade ;

7° Le gonflement de la joue persiste après la cessation de la douleur ;

8° La douleur a le caractère intermittent ;

9° Les dents saines aussi bien que les dents malades peuvent être le siège de la douleur ;

10° La douleur est aggravée en se couchant du côté malade et par le contact de l'air froid ou d'une vive chaleur.

Plantago est également homœopathique à certains symptômes gastriques qui accompagnent d'ordinaire l'odontalgie : sensation douloureuse de distension de l'estomac avec nausées, syncope, tremblement survenant après un copieux repas ; fréquentes éructations, sensation de malaise à l'épigastre, accompagnée souvent de douleurs vives dans l'intestin, de violentes coliques dans le côté gauche de l'abdomen. Une particularité importante de ces douleurs, c'est qu'elles sont aggravées considérablement par le décubitus sur le côté gauche et par une profonde inspiration. Les selles sont parfois normales ; d'autres fois, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Chaque selle est accompagnée d'une évacuation de gaz.

Il existe une sensation de sécheresse dans la bouche, la gorge et le pharynx, et de la raucité. La langue est recou-

verte d'un léger enduit blanchâtre. Les gencives sont très sujettes à saigner.

La préparation la plus efficace est la 2/10 dilution, de I à III gouttes par demi-heure. Sous l'influence de ce remède, la douleur disparaît au bout de vingt minutes. Il est nécessaire de le continuer pendant quelques jours afin de prévenir le retour de la névralgie.

Si la dent est creuse, la guérison du mal sera facilitée par l'introduction d'une mèche imbibée de quelques gouttes gouttes de *plantago* 1/10 dilution à l'intérieur de l'excavation. S'il n'existe pas d'excavation, on frictionnera les gencives avec cette préparation (*Homœopathic World*).

DÉLIRE CONSÉCUTIF A L'ADMINISTRATION DU CHLORALOSE

M. le Dr Rendu, médecin de l'hôpital Necker, à Paris, a relaté il y a quelques mois un cas d'intoxation par le chloralose survenue à la suite d'une ingestion de 0 gr. 25 de ce médicament et ayant revêtu une forme comateuse. Or, ainsi que le montre une observation récente de M. le Dr F. Dufour (de Marseille), le chloralose peut provoquer aussi des troubles nerveux présentant le caractère d'excitation.

Il s'agissait dans ce cas d'une femme de 36 ans atteinte depuis longtemps d'une névralgie faciale contre laquelle tous les moyens recommandés en pareille circonstance, tels que valérianate de quinine, antipyrine, exalgine, aconitine, pulvérisations de chlorure de méthyle, etc., avaient été essayés en vain. Appelé au moment d'une violente crise douloureuse, M. Dufour prescrivit à titre d'hypnotique quatre cachets contenant chacun 0 gr. 25 de chloralose; la malade devait prendre deux de

ces cachets le matin et deux le soir, à une heure d'intervalle. Une heure après l'administration du second cachet, la patiente fut prise d'agitation et de délire avec hallucinations de la vue de nature terrifiante. Elle poussait des cris et ne reconnaissait personne : elle avait les yeux fixes, les pupilles légèrement dilatées. Notre confrère administra une potion contenant 0 gr. 10 d'extrait thébaïque et 4 grammes de bromure. Ce traitement eut pour effet d'amener rapidement le sommeil. Le lendemain matin tous les troubles nerveux avaient disparu et la malade n'en avait conservé aucun souvenir.

Comme, avant cet accident, cette femme n'avait jamais eu d'accès de délire, ceux-ci semblent pouvoir être légitimement mis sur le compte du chloralose. (*Semaine médicale*, 1er janvier.)

De l'ichtyol dans le traitement des brulures. (*Semaine médicale*, 13 n. 1895.)

M. le Dr L. Leistikow (de Hambourg) préconise l'ichtyol comme le meilleur moyen pour le traitement des brûlures. Cette substance calme la douleur et dissipe la congestion ainsi que l'œdème de la peau, et cela non dans les brûlures du premier degré, mais encore lorsqu'il s'agit de brûlures du second degré, pourvu qu'au préalable on ait soin d'ouvrir toutes les phlyctènes ; dans ce dernier cas, la régénération de l'épiderme commence aussitôt sous l'influence de l'ichtyol.

Pour les brûlures du premier degré, le mélange pulvérulent ci-dessous formulé est préconisé :

Oxyde de zinc.	5 gr.
Carbonate de magnésie. .	10 gr.
Ichtyol.	1 à 2 gr.

Pour les brûlures du second degré, la pâte suivante est préférable :

Oxyde de zinc.	5 gr.
Craie préparée.	ââ 10 gr.
Poudre d'amidon. . . .	ââ 10 gr.
Huile de lin.	ââ 10 gr.
Eau de chaux.	ââ 10 gr.
Ichtyol.	1 à 3 gr.

Les applications de poudre et de pâte sont renouvelées une fois en vingt-quatre heures.

Dans les cas de fortes inflammations l'on combinera, avec avantage, l'usage de la poudre et celui de la pâte.

Dr Silva.

VARIÉTÉS

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE INTERNATIONAL DE 1896

Le Dr R. Hughes, secrétaire perpétuel, nous prie d'annoncer que, sur la demande des médecins américains qui doivent venir au congrès de Londres, la date de celui-ci est reculée au 3 août au lieu du 13 juillet. Les séances auront lieu dans l'ordre que nous avons indiqué dans notre numéro précédent, mais du 3 au 8 août.

L'HOMŒOPATHIE ET L'ALLOPATHIE EN RUSSIE

Le D[r] Bojanus (de Samara) signale dans le dernier numéro du *Journal belge d'homœopathie*, deux actes d'intolérance des médecins allopathes russes vis-à-vis de l'homœopathie.

L'ouvrage du professeur Drasche, *Bibliothèque des sciences médicales*, paraît en traduction russe parallèlement à la publication allemande ; ce travail est rédigé sous la direction du professeur Paschoutine, président de l'Académie médicale militaire de Saint-Pétersbourg.

Le travail du D[r] Sperling, de Berlin : *La matière médicale de l'homœopathie*, fut inséré, dans le courant de l'année 1895, dans une des livraisons de la *Bibliothèque des Sciences médicales*, dont le D[r] Sperling, médecin allopathe, est collaborateur. Ayant entrepris de traiter une question qu'il ne connaissait tout d'abord, comme il l'avoue lui-même, qu'au point de vue des banalités et des absurdités que l'on colporte, dans le monde, au sujet de l'homœopathie, le D[r] Sperling voulut formuler un jugement individuel, sans s'occuper de l'opinion courante de l'école dont il fait partie ; il se mit donc à l'étude, et c'est ce travail exécuté soigneusement et impartialement qui lui fit connaître à fond l'homœopathie.

Il eut le courage de le publier, de formuler un jugement conforme aux convictions auxquelles ses études l'avaient amené, et même de communiquer quelques cas de maladie guéris à l'aide de remèdes homœopathiques. C'est à nous de lui en savoir gré et de lui exprimer notre reconnaissance au nom de tous nos confrères.

Empressé de pouvoir publier un tel résultat, le D[r] Lougenko, d'Odessa, l'un de nos confrères, fit la traduction de

l'article du Dr Sperling et l'inséra, avant que la traduction officielle eût paru, dans les numéros 8-10 (septembre et octobre) du journal *Wratsch-homœopathe* (médecin-homœopathe) paraissant à Pétersbourg.

Malheureusement, dans le numéro suivant (novembre) du même journal, il dut s'excuser dans les termes suivants :

« Ma traduction du travail du Dr Sperling avait déjà quitté la presse, quand j'appris que dans l'édition russe de la *Bibliothèque médicale* du Dr Drasche, rédigé par le professeur Paschoutine, ce travail serait supprimé et remplacé par l'article d'un certain Dr Wagner, intitulé : l'*Homœopathie*. Voici, d'ailleurs, les motifs qui sont allégués par le célèbre professeur pour expliquer sa substitution. »

« En chargeant le Dr Wagner de la composition d'un « article à insérer au lieu de celui du Dr Sperling, nous « avons dévié de la promesse que nous avions faite de « nous conformer strictement dans notre traduction au « texte allemand de l'original, et de nous abstenir de « critique et de toutes observations personnelles.

« On comprendra le sentiment qui nous a guidé dans « cette manière de faire lorsqu'on saura que dès l'abord, « le Dr Sperling se prononce indubitablement en faveur « de l'homœopathie. » — On n'est pas plus candide ! — « Il dépasse souvent les limites d'une observation objec- « tive et s'efforce d'octroyer à l'homœopathie le caractère « d'une doctrine strictement scientifique. Tout en faisant « des excursions parfaitement superflues dans les do- « maines des branches accessoires de la médecine, il « donne à son ouvrage une étendue considérable sans « offrir, cependant, une caractéristique saillante de l'ho- « mœopathie, ni faire mention du développement histo- « rique de cette doctrine. »

Evidemment, le très honoré professeur a été mu par une affection toute paternelle pour la jeunesse médicale, et s'est laissé emporter par son zèle de la sauvegarde de tout contact avec une doctrine hérétique ; nous le voyons en proie à une formidable panique, car, après tout, le hasard pourrait bien faire tomber le travail du Dr Sperling entre les mains de jeunes étudiants. Et qui sait ! Quelques-uns d'entre eux pourraient même être tentés de répéter ces expérimentations, et risquer ainsi de tomber en plein dans les bras de l'hérésie.

C'est pourquoi il a si bien dévié du principe qu'il s'était imposé lui-même, en se mettant à la tête de la rédaction de la *Bibliothèque des sciences médicales* ; il s'est efforcé d'écarter le mal en supprimant le pernicieux travail du Dr Sperling et en le remplaçant par l'article orthodoxe d'un Dr Wagner, confectionné sur commande.

Ah ! quel homme que ce professeur Paschoutine !

Il ne se doute pas sans doute que sa manière de faire est le moyen le plus sûr de faire la lumière.

La vérité ne craint jamais la lumière, comme l'on sait — tant pis pour ce très honoré professeur s'il est d'un avis contraire !

Le Dr Flemming, rédacteur du journal *Wratch homœopathe*, édité à Saint-Pétersbourg, a présenté, il y a quelques mois, au comité de censure, un exemplaire de la 3e édition du *Guide pour le praticien homœopathe* de Deviker, en demandant l'autorisation de publier une quatrième édition du même ouvrage, revue et augmentée — notez bien, une quatrième édition !

Un professeur de l'Académie médicale militaire, remplissant la fonction de censeur de la littérature médicale, refusa cette autorisation. Et pour quelle raison ?

Tout simplement, — le croirait-on, — parce que ce livre est destiné à l'usage des prêtres de village qui vivent le plus souvent éloignés de tout secours médical et qu'il serait nuisible de les induire en erreur???

Il a l'air de se pâmer de ce haut fait, dont il fait mention dans un article inséré tout spécialement à ce sujet dans le journal médical *Wratch*, rédigé par l'ex-professeur Manassein. Ce verdict du censeur a été prononcé à une époque où il existait à Saint-Péterbourg deux sociétés homœopathiques, quatre pharmacies, un hôpital en fonction, un autre plus grand en construction, une quinzaine de médecins pratiquant l'homœopathie, un nombreux public ayant recours à la nouvelle doctrine, et un nombre très considérable d'ouvrages sur l'homœopathie.

Quel peut donc être le but plausible d'un refus pareil? Et quelle peut être l'appréciation de tout homme tant soit peu sensé, au sujet d'une pareille conduite?

NÉCROLOGIE

LE Dr PRÖLL.

L'homœopathie vient de faire une perte nouvelle en la personne du Dr Gustave Pröll.

Médecin consultant en été à Gastein dès 1851, il pratiqua de 1856 à 1886 en hiver à Nice; après cela, pour les études de son fils, il se fixa en hiver à Meran et, en 1894, à Graz.

Outre sa brillante clientèle, le Dr Pröll laisse de nombreux écrits en allemand et en français, notamment des

descriptions de plantes employées en homœopathie, des articles publiés dans les journaux. Il travailla pendant plusieurs années à une pharmacodynamique des médicaments d'origine végétale. Ce qui le passionnait le plus, c'était son étude de Gastein dont il connaissait dans les plus petits détails les propriétés physiologiques et thérapeutiques ; il publia du reste une *Monographie sur la cure de Gastein* qui a été traduite en plusieurs langues et est restée célèbre ; dans ce travail, il fit ressortir l'importance des doses infinitésimales minéralisées ainsi que la nécessité des appropriations individuelles. Dans ces derniers temps encore, il fit une communication sur les *Indications et contre-indications de Gastein.*

F. C.

Dr Jorez.

Un autre confrère étranger, le Dr Jorez, ancien élève de J.-P. Tessier, vient de mourir à Limbourg (Belgique).

Il a fourni un certain nombre d'articles à l'*Art Médical* et pendant plusieurs années il nous a envoyé une revue très intéressante des journaux étrangers.

Après une longue pratique médicale, des soins dévoués et gratuits à la classe ouvrière, le Dr Jorez s'est éteint, emprtant dans sa tombe l'estime de ses concitoyens et de ses contrères.

M. J.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1896

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES BIENFAITEURS

le 29 *mars* 1896.

M. le Dr P. JOUSSET, président de la Commission administrative, chargé du rapport médical pour l'exercice 1895, ouvre la séance par ces paroles :

Mesdames et Messieurs,

A 1er janvier 1895, 26 malades se trouvaient dans les salles de l'hôpital, 317 sont entrés dans le cours de l'année, ce qui donne 343 malades pour l'exercice 1895. Ces malades ont fourni 11.420 journées de malades.

Sur ces 343 malades, 24 sont morts, 38 étaient encore présents le 1er janvier 1896. Les autres sont sortis guéris ou soulagés.

Voici la liste des principales maladies que nous avons eues à traiter pendant l'année 1895 :

Grippe et bronchite sans pneumonie, 60 cas, sans aucun décès.

Pneumonie, 8 cas, dont un décès chez un alcoolique.
Pleurésie, 8 cas, dont un décès.
Rougeole, 19 cas, sans décès.
Scarlatine, 23 cas, sans décès.
Coqueluche, 4 cas, sans décès.
Fièvre synoque, 10 cas.
Fièvre typhoïde, 1 cas, sans décès.
Diphtérie, 3 cas, et pas de décès.
Angines simples et herpétiques, 10 cas.
Rhumatisme articulaire aigu, 5 cas.
Chlorose et hystérie, 25 cas.
Phtisie, 35 cas, dont 10 décès.
Cancer, 10 cas, dont 3 décès, les autres ayant été opérés.

Parmi les autres maladies qu'il serait trop long d'énumérer et qui ont produit des décès, citons une myélite aiguë, une néphrite, un cas de kyste hydatique suppuré, deux méningites tuberculeuses, trois cardiaques, une affection du foie et un cas de rage qui était en traitement à l'Institut Pasteur.

Nous sommes heureux de vous faire remarquer, Mesdames et Messieurs, qu'au point de vue des malades et de l'efficacité du traitement homœopathique, nous somme en progrès sur les années précédentes. Ainsi, en 1894, le nombre des malades était seulement de 304 au lieu de 343. Nous avons enregistré cette année 11.420 journées de malades et l'année dernière seulement 10.702. Enfin sur les 343 malades, nous avons seulement 24 morts qui ne donnent pas tout à fait 7 p. 100 tandis que l'année précédente nous avions 8 p. 100 et, en 1893, 11 p. 100.

Cette année les consultations gratuites se sont élevées à 10.518.

Nous voulons attirer votre attention sur les succès obtenus à l'hôpital Saint-Jacques dans le traitement de la rougeole. Nous avons eu 19 cas sans un seul décès, mais 19 cas c'est un petit chiffre. Aussi nous avons réuni tous les cas de rougeole traités à l'hôpital Saint-Jacques depuis que nous sommes à Vaugirard, c'est-à-dire depuis 1882. Nous trouvons 94 cas sans aucune mort tandis qu'à l'hôpital Trousseau, du 1er janvier au 31 décembre 1895, on a reçu 715 enfants atteints de rougeole et sur ces 715 malades 103 sont morts, ce qui donne 14,4 p. 100 et, ajoute M. Comby, je ne sache pas qu'une statistique aussi satisfaisante ait jamais été publiée.

La statistique de l'hôpital Saint-Jacques est incontestablement supérieure puisqu'elle ne compte pas de morts. Nous n'avons pas il est vrai « prescrit systématiquement chez tous les malades » les bains antiseptiques au sublimé, et les lotions et irrigations à l'acide borique. L'aconit en teinture-mère, quelquefois la pulsatile, dans les cas de broncho-pneumonie l'ipéca et la bryone ont fait tous les frais d'un traitement absolument supérieur, puisqu'il a toujours été couronné de succès. Mais la folie de l'antiseptie médicale hante les meilleurs esprits, cependant nous serions curieux de savoir quel microbe prétendait tuer M. Comby dans une maladie qui n'a pas de microbe.

Nous voulons nous entretenir aussi de notre laboratoire.

Grâce à la libéralité de quelques-uns de nos amis et de deux médecins, nous avons pu établir un laboratoire qui nous permet de faire tous les travaux de bactériologie.

Ce laboratoire profite à la fois et à nos clients et aux malades de l'hôpital.

Qu'une angine douteuse se présente pour entrer dans

les salles, l'examen bactériologique, exécuté séance tenante, nous permet de reconnaître si le malade est ou non atteint de diphtérie et s'il doit ou non être isolé.

Un malade présente une toux suspecte, les signes sthétoscopiques sont obscurs, l'examen des crachats et leur inoculation au cobaye permet de faire un diagnostic positif.

C'est aussi grâce à notre laboratoire que nous pouvons préparer les liquides organiques et atténuer les toxines qui sont appliquées aujourd'hui dans le traitement d'un grand nombre de maladies, et ne sont, en fin de compte, qu'un corollaire de l'homœopathie.

Mesdames et messieurs, ce très court rapport est une démonstration clinique de la supériorité de la réforme de Hahnemann, il vous montre aussi quels ont été nos efforts pour maintenir l'homœopathie au niveau des découvertes modernes, et si Hahnemann a inauguré il y a un siècle la véritable thérapeutique, celle qui guérit, ses descendants tiennent à honneur de conserver un rang honorable parmi les pionniers de la thérapeutique nouvelle.

J'espère donc que vous voudrez bien nous continuer votre appui et contribuer par vos dons à la prospérité de l'hôpital Saint-Jacques.

Le Dr Marc Jousset, lit le rapport financier pour l'année 1895.

Avoir :

En caisse le 1er janvier.	16.799,65
Rentes (titres en portefeuille). . . .	5.135,50
— (titres chez le notaire). . . .	3.965,50
Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais).	38,10
A reporter. . .	25.938,75

Report. . .	25.938,75
Souscriptions et dons.	15.235,30
Produits de l'hôpital (chambres payantes, et dons des malades et de leurs bienfaiteurs).	27.199,45
Remboursement de 1.000 francs avancés à tort au plombier en 1894.	1.000,00
Bénéfices touchés de la liquidation de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques (1).	19.529,75
Legs de Mme Brébion.	1.000,00
Legs de Mme Davoust (intérêts et principal)	66.590,80
Legs de Mme Cuny (intérêts et principal).	21.680,40
	178.174,45

Dépenses :

Nourriture.	16,213,00
Cognac et Rhum.	50,00
Eclairage.	1.285,85
Eau.	333,55
Blanchissage.	1.825,00
Divers (chaudronn., porcel., verr., etc.).	1.137,35
Lingerie.	500.00
Contributions.	1.825,50
Charbon	3.752,30
Assurances.	86,75
Vidanges.	134,10
Honoraires de l'architecte.	276,20
A reporter. . .	27.419,60

(1) Plus un titre de rente 3 p. 100 au porteur de 210 francs de rentes que nous avons déposé avec nos titres.

Report. . .	27.419,60
Mémoires : fabricants d'instruments. . .	11,00
— du plombier.	2.773,60
— du menuisier.	1.143.85
— du serrurier.	205,95
— du peintre.	325,50
— d'un fabricant de lettres de porcelaines.	35,55
— de marchands de sable. . .	605,75
— frais de voierie de la rue des Volontaires.	6.635,80
— (frais de canalisation du tout à l'égout).	1.500,00
Un semestre d'intérêt dû sur le terrain. .	1.500,00
Divers (imprimerie, circulaires, frais de postes, etc.).	347,30
Frais du Crédit Lyonnais.	24,70
Traitement des internes.	1.150,00
— de l'aumônier.	775,00
— des sœurs.	1.700,00
— du concierge.	1.600,00
Domestiques, gardes de nuit	1.760,00
Frais du legs Brébion (notaire). . . .	92.00
— du legs Davoust (notaire). . .	3.443,75
Honoraires de Me Chaudé, avocat au Conseil d'État.	2.000,00
Honoraires de Me Ledebt, avocat. . . .	500,00
Achats de rente 3 0/0 :	
— 28 francs de rente.	946,80
— 1.545 francs de rente.	52.675,75
A reporter. . .	109.171.90

Report. . .	109.171,90
Achats de 400 francs de rente.	13.615,15
— 450 francs de rente.	15.340,55
— 450 francs de rente.	15.096,70
Versé à M. Lacroix (rachat des actions et et obligations de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques). . .	18.655,00
	171.879,40

Balance :

Avoir.	178.174,45
Dépenses.	171.879,40
Reste au 1er janvier 1896.	6.295,05

Ces chiffres de recettes et de dépenses sont les totaux des sommes reçues ou dépensées par le trésorier, mais il y a lieu de distinguer dans ces recettes et ces dépenses diverses catégories.

Comme recettes, nous devons défalquer 19.529,75 provenant de la liquidation de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques; 89.271,20 provenant des legs de Mmes Brébion, Davoust et Cuny, et 1.000 que nous avions avancés à tort l'année précédente à notre plombier et qui nous ont été remis; soit un total de 109.800,95, qui sont des recettes extraordinaires, il reste donc comme recettes normales, 68.673,50.

Comme dépenses, nous devons retrancher 97.674,95, qui nous ont servi a acheter 2.873 de rente 3 p. 100, et 18.655 que nous avons versés à M. Lacroix pour le rachat des actions et des obligations de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques ; soit un total de 116.329,95 a

retirer de 171.879,40; il reste donc comme dépenses 55.549,45.

L'opération que nous vous annoncions, il y a deux ans, est terminée; nous avons racheté toutes les actions et les obligations de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques et nous avons réalisé ainsi une assez grosse économie, puisque nous n'avons plus à payer notre loyer de 20.500 francs. Nous nous sommes substitué à la Société anonyme dans les charges, c'est pourquoi nous avons eu à payer des frais de voieries de la rue des Volontaires, de la transformation hygiénique des cabinets d'aisances au tout à l'égout; c'est pourquoi nous devons aujourd'hui un reliquat de 60.000 francs, sur le terrain où est bâti l'hôpital.

Vous voyez que votre œuvre prospère, nous espérons arriver un jour à la voir vivre de ses propres ressources, mais nous avons encore besoin de votre bienveillant concours, et nous sommes certains qu'il ne nous manquera pas. Nous venons donc vous solliciter de nous envoyer, soit directement, soit par l'entremise d'une de nos dames patronnesses les dons que vous voudrez nous continuer comme par le passé.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE : De l'hystérie. — Observation : pseudo-tabès. — Observation : dyspepsie hystérique, régime lacté, séjour au lit, ferrum, nux vomica, ignatia, carbo vegetabilis, muriatis acidum, enveloppement dans le drap mouillé, alimentation progressive, convalescence. — Observation : dyspepsie hystérique, nux vomica et graphite, 12e, enveloppement dans le drap mouillé, guérison. — Hystérie, anorexie et vomissement nerveux, nux vomica, 30e, drap mouillé, amélioration. — Diagnostic différentiel de la gastrite, de l'ulcère rond, des différentes formes de dyspepsie. — Hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie et dilatation de l'estomac. — Hydrothérapie dans la dyspepsie hystérique.

Nous vous parlerons aujourd'hui des hystériques qui sont dans les salles; deux de ces hystériques ont été chassées pour insubordination, et je le regrette parce qu'elles présentaient une variété intéressante : l'une avait chaque matin une sorte d'extase, l'autre avait une coxalgie hystérique et le diagnostic avait été fait non seulement à cause des stigmates de la maladie, mais encore parce que le massage, en faisant cesser la contracture des muscles de la hanche, faisait disparaître le raccourcissement du membre malade.

Restent trois hystériques, deux atteintes de vomissements et de dyspepsie, la troisième présentant des symptômes d'ataxie locomotrice. Il s'agit dans ce cas d'un pseudo-tabès.

Nous allons commencer par l'histoire de cette malade :

Louise L..., déjà âgée de 51 ans, entrée à l'hôpital le 1er janvier, fut couchée au lit n° 14 de la salle des femmes. Cette femme qui est veuve nous a été adressée comme étant atteinte d'ataxie locomotrice.

Comme antécédents héréditaires, cette femme a une mère âgée de 72 ans, bien portante, mais qui a eu dans sa jeunesse de grandes crises nerveuses avec convulsions et pertes de connaissance (hystéro-épilepsie?) Le père est mort à 78 ans ; il n'était pas nerveux, mais alcoolique. La malade est l'aînée de trois enfants qui étaient impressionnables sans avoir été précisément malades.

Louise L... s'est bien portée pendant toute sa jeunesse ; elle n'a jamais eu de crises nerveuses, mais, à l'âge de 30 ans, elle s'est mariée, a été très malheureuse, et, un mois après son mariage, a eu une première crise nerveuse, et depuis cette époque la malade a eu en moyenne deux ou trois crises nerveuses par an. Ces crises consistaient en pertes de connaissance avec convulsions comme chez sa mère. Elle a eu deux enfants, dont l'aîné, un garçon, lui a fait beaucoup de chagrin. Sa fille a uriné au lit jusqu'à l'âge de 5 ans et n'a jamais eu de troubles nerveux.

Il y a six mois, cette malade qui n'avait pas eu ses règles depuis six mois, a été prise d'une perte considérable qui a duré pendant huit jours. Depuis ce temps, sa santé est beaucoup plus mauvaise. Ses forces sont revenues peu à peu mais très incomplètement, et, depuis deux mois, la malade a commencé à sentir des désordres de la marche pour lesquels elle est entrée ici.

État actuel. — La malade lance ses jambes en avant, en marchant, comme les ataxiques et a la sensation de marcher sur des épines, mais elle peut se tenir debout les

deux yeux fermés et marcher ainsi assez facilement. Les réflexes rotuliens sont exagérés, le réflexe cornéen existe et le réflexe pharyngien est à peu près aboli.

Il existe, du côté gauche, un certain degré d'analgésie. Pour peu que les deux branches du compas soient écartées, elle ne peut distinguer si on appuie sur son avant-bras une ou deux pointes de cet instrument. Il y a un faible degré d'ovaralgie à droite. Les autres sens ne présentent pas de troubles notables.

Ce cas ne permettait pas d'hésitation.. On ne pouvait admettre l'ataxie locomotrice chez une malade dont les réflexes rotuliens étaient aussi bien conservés. Les autres symptômes de la maladie, sa marche, sa cause et l'influence héréditaire du côté de la mère imposaient le diagnostic d'hystérie.

Sous l'influence de tarentula (6e) et tarentula (30e), continuée pendant douze jours, l'état s'est graduellement amélioré. Cuprum (6e) administré ensuite pendant dix jours a fait à peu près disparaître les symptômes de pseudo-tabes que présentait cette malade à son entrée. Une injection de liqueur de Brown-Séquard faite intercurremment a déterminé, quelques heures après, trois accès d'hystérie convulsive. Nous avons abandonné ce moyen.

Plus tard cette malade ayant présenté des douleurs rachialgiques considérables a été fort améliorée par le sulfate d'atropine à la 2e trituration.

Au mois de février nous avons repris l'alternance de cuprum et de tarentula (6e) et la malade s'est améliorée progressivement.

Mlle Ernestine C... est entrée à l'hôpital le 15 décem-

bre 1895 et a été couchée au lit n° 6 de la grande salle.

Cette femme, âgée de 39 ans, est malade depuis fort longtemps ; son père et sa mère sont morts tous les deux de tuberculose, ils n'ont eu qu'elle d'enfant et elle est née trois ans avant la mort de sa mère. La malade a été réglée à 15 ans, et, à 18 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. C'est à 29 ans que la maladie actuelle a commencé ; elle a été causée par une violente contrariété. La malade à vomi son dîner et pendant trois semaines elle a vomi tous les aliments solides. A ce moment, elle se mit au régime lacté absolu et, sous l'influence de ce régime, les vomissements ont cessé sans l'emploi de médicaments.

Depuis cette époque, il ne se passe guère de semaine sans que la malade ne vomisse au moins une fois et, chaque année, à l'époque des chaleurs de l'été, elle est reprise de vomissements continus pendant environ trois semaines, et toujours le régime lacté absolu a suffi à amener la guérison.

En juillet 1894, pendant la période intermenstruelle, la malade a eu deux vomissements de sang noir qu'elle évalue à 1 litre chacun. Les jours suivants, elle a été prise d'une diarrhée de couleur noire. Le régime lacté continué pendant un mois l'a guérie.

Au milieu du mois d'août 1895, la malade a été prise de diarrhée intense, revenant surtout la nuit, et les vomissements habituels ont reparu. La diarrhée a continué un mois et s'est arrêtée, mais les vomissements ont continué malgré le régime lacté. La malade éprouve de plus une vive douleur au creux épigastrique. Cette douleur et ces vomissements ont tellement affaibli la malade qu'elle ne peut continuer son métier de cuisinière et qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

La malade est extrêmement amaigrie, la douleur d'estomac s'accompagne de sensation de resserrement au creux épigastrique; la douleur augmente par la pression. Quand la malade prend une très petite quantité de lait et reste couchée, elle n'a pas de vomissements, mais dès qu'elle veut augmenter son alimentation, elle vomit tout ce qu'elle prend. Cette malade a complètement perdu l'appétit. La langue est saburrale, l'estomac est dilaté; bruit de flots. Comme signe d'hystérie, douleur à la pression dans l'ovaire gauche et au sein gauche.

On prescrit ferrum 12e. Sous l'impression de ce médicament, la malade reste quelques jours sans vomir, puis une tentative d'alimentation solide ramène les vomissements. On lui donne sans grand résultat nux vomica 12e, puis 30e, puis ignatia 12e.

Le 31 décembre, carbo-vegetabilis 30e est prescrit à cause de la douleur brûlante accusée par la malade. Ce médicament semble modifier avantageusement l'état de l'estomac. On fait prendre à la malade, avec son régime lacté, des potages et des œufs sans accident, mais après avoir essayé de faire manger une côtelette, les vomissements reparaissent. Le carbo est alors remplacé par le muriatis acidum substance, IV gouttes.

L'amélioration fait encore des progrès, la malade mange davantage mais les vomissements reparaissent dès qu'on veut essayer de la viande. A partir du 1er février, on prescrit l'enveloppement dans un drap mouillé, tout en continuant le muriatis acidum. L'état de la malade s'améliore rapidement, elle mange du poulet, du mouton rôti. Les forces reviennent, la convalescence s'accentue.

A partir du 8 février, nous prescrivons nux vomica 12e une heure avant le repas et graphite 12e une heure après

le repas pour faciliter la digestion des aliments solides. La malade va bien.

Elle sort guérie à la fin de février.

Le diagnostic d'affection de l'estomac s'impose dans ce cas, mais quelle est la nature de cette affection. Est-ce une gastrite, un ulcère rond; une des formes de la dyspepsie, ou plutôt les vomissements et les autres symptômes sont-ils de nature hystérique?

Nous éliminerons tout d'abord le diagnostic de gastrite ; cette malade n'a ni la pituite, ni les vomissements glaireux de la gastrite ; enfin l'alcoolisme qui est la cause la plus fréquente de cette maladie fait ici complètement défaut.

Les grands vomissements de sang qui ont eu lieu, il y a deux ans, les vomissements presque habituels datant de sept ans pourraient suggérer l'idée d'ulcère rond, mais le sang qu'a vomi la malade était noir ; dans l'ulcère rond, il est généralement rouge vif. De plus, la douleur n'a pas ici les mêmes caractères que dans l'ulcère rond. Elle n'est pas aggravée par l'ingestion d'aliments et on ne trouve pas le point rachidien indiqué par Cruveilhier.

Est-ce une dyspepsie? Oui et une dyspepsie chez une hystérique.

Voici une observation analogue :

Mlle Aimée X..., âgée de 23 ans, célibataire, est entrée à l'hôpital à la fin de décembre et a été couchée au lit n° 8 de la grande salle.

Cette fille est pâle, amaigrie, au moins de visage; elle a perdu l'appétit, se plaint d'être très fatiguée et de ne pouvoir continuer son travail. Tous les soirs, presque immé-

diatement après son dîner, elle est prise de vomissements qui d'ailleurs sont faciles et se font sans effort. Douleur siégeant au creux épigastrique ; cette douleur n'est pas exagérée par la pression. Il n'existe pas de point rachidien, ni de signes de dilatation de l'estomac. La langue est nette.

Il n'y a aucun symptôme du côté des organes de la respiration et de la circulation.

La pression au niveau des ovaires et un peu au-dessus des seins est très douloureuse et ne peut être supportée par la malade et, quoiqu'il n'existe pas d'autres signes d'hystérie, on porte le diagnostic de *vomissements nerveux.*

Ferrum 12ᵉ dilution, puis nux vomica 30ᵉ, puis carbo vegetabilis 30ᵉ sont successivement essayés, chacun pendant trois ou quatre jours sans succès. Je lui prescris alors ce que j'appelle volontiers le traitement classique de la dyspepsie, c'est-à-dire nux vomica 12ᵉ, une heure avant les deux principaux repas et graphite 12ᵉ une heure après les mêmes repas.

Ce nouveau traitement est commencé le 15 janvier et produit une amélioration très sensible, les vomissements ne reviennent plus que tous les quatre ou cinq jours. La malade continuant à être très abattue et sans énergie, je prescris, à partir du 25 janvier, l'enveloppement dans le drap mouillé chaque matin tout en continuant les médicaments de la dyspepsie. Depuis lors, les vomissements ne sont pas revenus, l'appétit a augmenté, les digestions ont été plus faciles, les forces sont revenues et la malade est sortie le 3 février.

Nous allons maintenant rapporter l'observation d'un jeune homme atteint de *gastropathie hystérique*.

Il y a cinquante ans on ne croyait pas à l'hystérie chez l'homme. Inconsciemment le public médical était resté sous cette impression que l'utérus jouait le rôle principal dans l'hystérie et que, par conséquent, cette maladie était absolument spéciale à la femme. Cette erreur s'est prolongée pendant longtemps et malgré certains faits publiés dans le livre si important de Briquet sur l'hystérie, il faut arriver aux études contemporaines et principalement à celles de la Salpêtrière pour trouver la preuve de l'existence de l'hystérie chez l'homme.

Ernest A..., qui est entré à l'hôpital le 29 janvier 1896 et qui a été couché au n° 2 de la grande salle, est un type d'hystérique. Agé de 16 ans, ce malade, d'un caractère triste et doux, sujet à des insomnies habituelles, offre comme signes d'hystérie une analgésie complète et la perte du réflexe pharyngien.

L'affection de l'estomac dont il souffre ne se trouve du reste que chez les hystériques. Elle est caractérisée par l'anorexie et des vomissements nerveux. Cette maladie a débuté au mois de septembre et a amené un amaigrissement notable et la perte des forces.

Ferrum 12e dilution prescrit pendant trois jours est resté sans effet. Cuprum 6e et surtout cuprum 30e dilution ont amené une amélioration considérable. L'enveloppement dans le drap mouillé pratiqué comme chez nos deux autres malades a confirmé et augmenté l'amélioration. Le malade commence à manger de la viande et il a engraissé de 2 livres.

Les travaux modernes sur le chimisme de l'estomac

nous ont appris que, dans certaines dyspepsies, il y avait excès d'acide chlorhydrique d'où on a essayé d'établir une forme de dyspepsie qu'on a appelé *hyperchlorhydrie*. Dans l'autre forme, l'acide chlorhydrique est en moins, d'où dyspepsie *hypochlorhydrique*. De plus les travaux de Bouchard ont établi qu'en dehors des dilatations de l'estomac qui tiennent à un rétrécissement du pylore, dilatation mécanique,il existe une autre dilatation,expression d'une sorte de paralysie plus ou moins complète des fibres musculaires de l'estomac. Nous pensons qu'il n'est pas possible de faire des formes nouvelles de dyspepsie avec l'hyperchlorhydrie, l'hypochlorhydrie et la dilatation de l'estomac.Nous enseignons que ces lésions doivent prendre place dans les différentes formes de dyspepsies que nous avons établies et en compléter l'histoire.

Nous admettons quatre formes de dyspepsies, la dyspepsie proprement dite; la dyspepsie flatulente; la dyspepsie acide et enfin la dyspepsie larvée.

La dyspepsie proprement dite est caractérisée par la sensation d'un poids plus ou moins douloureux survenant après le repas et se prolongeant plus ou moins longtemps.

Cette forme existe sans augmentation et sans diminution de l'acide chlorhydrique. Elle ne s'accompagne pas de dilatation de l'estomac.

La dyspepsie flatulente répond à ce qu'on a décrit sous le nom d'hypochlorhydrie. Elle est caractérisée par un développement considérable de gaz avec éructations bruyantes, acides, de mauvaise odeur.

La dyspepsie acide correspond à l'hyperchlorhydrie. La caractéristiqué est une douleur qui survient cinq ou six heures après le repas, douleur qui se calme par

l'ingestion de petite quantité d'aliments. Eructations et vomissements acides.

La dyspepsie larvée caractérisée principalement par des symptômes cardiaques, pulmonaires, céphaliques, s'accompagne toujours de la dilatation de l'estomac, type Bouchard, avec sonorité exagérée et bruit de flots.

Ces formes de dyspepsies se rencontrent le plus souvent dans la goutte, la chlorose, la tuberculose, mais elles jouent un très grand rôle dans les névroses, en particulier dans la neurasthénie, qu'il s'agisse de l'état qu'on appelait autrefois hypochondrie ou de celui qu'on appelait hystérie.

Or, nos trois hystériques sont atteintes de dyspepsies, Le n° 6 présente la forme acide ou hyperchlorhydrique, aussi a-t-elle été très améliorée par le muriatis acidum. La malade du n° 8 présentait des symptômes de la dyspepsie proprement dite, aussi nux vomica 12e dilution une heure avant les repas et graphite même dilution une heure après les repas ont-ils constitué le traitement principal et presque unique de cette malade.

Chez tous les trois la lenteur de l'amélioration, les rechutes faciles nous ont décidé à mettre en usage une pratique *hydrothérapique* que je vous recommande parce qu'elle est d'une application facile et qu'elle n'expose la malade à aucun danger : nous voulons parler de l'enveloppement de drap mouillé. Voilà comment il se pratique : On étend sur un lit une couverture de laine et on place par-dessus un drap trempé dans de l'eau froide, bien essoré, le malade se couche nu sur ce drap dans lequel on l'enveloppe vivement, puis on le roule dans la couverture de laine ; après un sentiment de froid assez vif le malade

se réchauffe et au bout d'une demi-heure on peut le remettre dans son lit.

Chez nos trois malades, cette pratique a eu un plein succès, l'appétit a augmenté, la digestion a été plus facile et les forces se sont accrues d'une manière incontestable.

HUITIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Pleurésie purulente dans le cours de la grippe. — Evacuation du pus par ponction. — Reproduction de l'épanchement. — Mort du malade. — Rhumatisme articulaire aigu. — Complication cardiaque. — Aconit et sulfate de quinine.

Vous vous rappelez ce jeune homme, couché au n° 2, de souche tuberculeuse et atteint de grippe depuis plusieurs semaines. Ce malade avait présenté du côté droit un exemple incontestable de *pneumonie massive* ; il était mieux et le côté quoique mat encore permettait d'entendre le retour du bruit vésiculaire.

Dans une de mes dernières cliniques, je vous ait fait examiner ce malade dont l'état s'était de nouveau aggravé, le mouvement fébrile était devenu franchement rémittent : 38° le matin, 40° le soir, et, pendant la nuit, des sueurs profuses à traverser le matelas. L'appétit avait disparu, il existait une grande prostration; la dyspnée avait repris une grande intensité; elle était plus forte le soir; elle s'accompagnait de points de côté violents, principalement à gauche, mais quelquefois à droite. Les râles fins et nombreux qui existaient dans le poumon gauche nous parurent pendant quelques jours suffisants pour expliquer cet état très grave que nous combattîmes par ipéca

1re trituration décimale et bryone teinture-mère et, en plus, 1 gramme de sulfate de quinine dès le matin.

L'état s'aggravait encore, un examen attentif du côté droit nous permit de constater que les bruits respiratoires avaient disparu de nouveau dans les deux tiers inférieurs du poumon. A ce niveau, la matité était absolue tandis que sous la clavicule du même côté existait un bruit skodique manifeste.

Devant cet ensemble de symptômes nous pratiquâmes une ponction exploratrice et nous retirâmes la valeur d'une seringue de Pravaz d'un liquide clair.

Le lendemain nous pratiquons la thoracentèse avec l'appareil Potain, nous retirons environ 200 grammes d'un pus très bien lié et à ce moment le tube de caoutchouc s'étant perforé, l'opération se trouva malheureusement interrompue.

Malgré la petite quantité de liquide enlevé le malade se trouva beaucoup mieux, la fièvre tomba complètement l'appétit revient.

Trois jours après, la fièvre étant revenue, nous pratiquons une nouvelle ponction et nous retirons un litre de pus. Nous ne poussons pas plus loin l'opération parce que le malade a des quintes de toux et un commencement de dyspnée.

L'amélioration est considérable, et la fièvre disparaît encore complètement. Quelques jours après, la fièvre étant un peu revenue le soir, je pratique une nouvelle ponction dans l'espace intercostal immédiatement inférieur, cette ponction ne laisse écouler que quelques gouttes de sang.

Ce résultat négatif nous laissa de nouveau dans l'indécision et, malheureusement, je fus obligé de m'absenter

pour un malade. En mon absence, on ne trouva pas qu'une ponction fut suffisamment indiquée, on crut entendre les bruits de la respiration dans le côté malade. Le fait d'une ponction inutilement pratiquée quelques jours avant rendait la situation encore plus obscure. On temporisa en attendant mon retour et le malade mourut quelques heures avant mon retour.

L'autopsie ne put être pratiquée à cause de l'opposition des parents. Néanmoins je fis pratiquer une ponction dans le même endroit où nous avions trouvé du pus pendant la vie et nous retirâmes encore une grande quantité de liquide purulent.

De ce fait s'écoule un enseignement thérapeutique d'un grand intérêt, c'est celui-ci : Quand tous les signes d'une collection purulente existent, on ne doit pas se laisser arrêter par quelques signes négatifs et on doit résolument, à l'aide des procédés chirurgicaux, arriver à ouvrir l'abcès interne. Ici le mouvement fébrile rémittent, les sueurs profuses, la diarrhée, l'amaigrissement, la dyspnée considérable, le son skodique sous-claviculaire indiquaient l'existence d'une pleurésie purulente dont l'évidence avait été du reste mise hors de doute par l'évacuation d'un litre de pus obtenue quelques jours auparavant. Nous avons eu le tort de nous laisser arrêter par la ponction négative pratiquée en dernier lieu et par l'illusion de bruits respiratoires perçus là où ils ne pouvaient exister.

Cette illusion est certainement produite par les mouvements d'élévation et d'abaissement du thorax. Il y a quelques années j'ai observé chez une femme atteinte de pleurésie chronique et chez laquelle j'ai fait six ponctions, cette simulation des bruits respiratoires. On évitera

cette erreur si on veut bien réfléchir que, dans ces cas là, on n'entend jamais le murmure vésiculaire.

Nous avons eu occasion d'observer ces jours-ci un nouveau cas de rhumatisme articulaire aigu et, comme en dehors du salicylate de soude que je n'emploie pas pour les raisons indiquées dans une précédente leçon, le traitement de cette maladie est assez difficile, je vais vous rapporter l'observation de la malade.

Marie G.. , âgée de 22 ans, cuisinière à Paris, est entrée le 3 janvier à l'hôpital Saint-Jacques et a été couchée au n° 9 de la grande salle.

A l'âge de 5 ans, cette malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu longue et grave, néanmoins elle ne semble pas avoir eu de complications cardiaques. Elle se rétablit complétement.

Cette fille d'une forte constitution a la figure couverte d'acnée. A son entrée, le mouvement fébrile est intense, 39°. Plusieurs articulations sont prises : le poignet, le coude et l'épaule du côté droit; le genou et l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche. L'auscultation du cœur permet de constater l'intégrité de cet organe.

On prescrit à cette malade, aconit teinture-mère (tibio-tarsienne) XX gouttes.

Le 4 janvier, il n'y a pas d'amélioration.

La température présentant une différence de 1 degré entre le matin et le soir, je prescris sulfate de quinine 1 gramme en quatre cachets, chaque cachet à six heures d'intervalle.

Le 6. Il est survenu une complication cardiaque. On perçoit un frottement péricardique au niveau de la partie moyenne du cœur, ce bruit se produit immédiatement

après le premier bruit et donne lieu au bruit de galop péricardique.

Les douleurs articulaires ont diminué et le mouvement fébrile est devenu continu avec courbe ascendante jusqu'à 38°,8 le soir; prescription XXX gouttes de teinture d'aconit.

Ce médicament est continué pendant huit jours, la température a beaucoup baissé. Elle oscille entre 37 et 38°. Le 12 janvier elle remonte, le soir, à 38°,5 et les articulations redeviennent plus douloureuses. On revient au sulfate de quinine à la dose de 1 gramme en vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement continué pendant huit jours, le mouvement fébrile cesse immédiatement pour ne plus revenir. Les douleurs articulaires diminuent graduellement et disparaissent. Le frottement péricardique n'est plus perçu. On suspend le sulfate de quinine.

Cinq jours après, les douleurs reviennent assez intenses dans les articulations, mais sans fièvre. On redonne le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes. Au bout de quatre jours, les douleurs ont encore disparu, on cesse alors le sulfate de quinine qu'on remplace par china 1re trituration 0,25 centigrammes. La guérison paraît assurée.

Ainsi, voici un exemple d'un rhumatisme articulaire aigu intense avec complication cardiaque et, après huit jours de traitement par aconit, le mouvement fébrile a disparu presque complètement. Les douleurs articulaires ont alors été traitées par le sulfate de quinine. Au bout de huit jours elles ont disparu complètement pour reparaître, il est vrai, cinq jours après, mais aussi disparaître

définitivement après cinq jours sous l'influence d'une dose faible de sulfate de quinine, 50 centigrammes par jour.

En résumé, l'état fébrile a disparu après un septénaire, et la maladie a été entièrement guérie après vingt-cinq jours de traitement.

On trouvera que vingt-cinq jours c'est bien long pour la guérison d'un rhumatisme et que le salicylate de soude donne des résultats beaucoup plus brillants.

Nous répondrons qu'en négligeant les cas où le salicylate de soude est notoirement inefficace comme chez la malade atteinte d'endocardite chronique que vous avez vue au lit n° 3 de la salle des femmes et qui, malgré le salicylate de soude, avait vu son rhumatisme durer neuf mois; en éliminant, dis-je, ces cas, nous avons établi, il y a quelques années, dans une de nos cliniques, que la durée moyenne du rhumatisme était de trente-cinq jours. Nous ajoutons que le salicylate a, à son avoir, des cas de mort indiscutables, qu'il est bien vrai que le sulfate de quinine *n'éteint* pas la douleur aussi rapidement que le salicylate, mais dans nos deux observations il a coupé le mouvement fébrile en vingt-quatre heures, et rendu la douleur extrêmement supportable.

Il y a eu, il est vrai, des retours offensifs quand on a suspendu le médicament, mais ces retours offensifs sont encore plus fréquents avec le salicylate.

Nous ne voudrions pas que l'on fasse du sulfate de quinine un spécifique du rhumatisme articulaire aigu, comme on a fait pour le salicylate; le sulfate de quinine. est principalement indiqué par le mouvement fébrile rémittent. Dans le cas que nous venons de rapporter, aconit a été prescrit avantageusement pendant huit jours et

l'année dernière je vous ai montré un cas de rhumatisme articulaire aigu guéri en quelques jours par bryone 6e dilution.

Dr P. JOUSSET.

NOSOGRAPHIE

HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE

L'hémiplégie spasmodique infantile est un syndrome caractérisé par des troubles de la motilité, où l'élément spasmodique domine, combinés avec des modifications plus ou moins profondes de l'intelligence. C'est une *forme clinique spéciale* d'hémiplégie d'origine cérébrale survenant chez les enfants. Cette expression symptomatique correspond à des lésions anatomiques variées. Elle semble être fonction de 3 facteurs principaux : 1° jeune âge du sujet ; 2° participation de l'écorce cérébrale ; 3° laps de temps suffisant pour l'évolution complète des symptômes (Marie).

L'affection se développe surtout dans les trois premières années. Elle est rare après quatre ou cinq ans. De ses observations et de ses recherches Marie conclut qu'elle ne débute jamais après neuf ans, limite extrême. Au-delà de cet âge les paralysies ne revêtent jamais les caractères de l'hémiplégie spasmodique infantile.

Quelques cas sont d'origine congénitale et alors on invoque comme cause efficiente les traumatismes sur le ventre de la mère, l'accouchement laborieux.

Tous les enfants ne sont pas également exposés à la maladie. Les enfants nés de parents nerveux, alcooliques, âgés ou débilités, sont plus fréquemment atteints. Mais l'hémiplégie spasmodique infantile n'est pas une maladie familiale héréditaire, comme les myopathies ou la maladie de Friedreich. On l'a très rarement vue s'attaquer à plusieurs membres de la même famille et les quelques faits publiés peuvent être attribués à une simple coïncidence.

L'hérédité nerveuse ne crée, dans tous les cas, qu'une prédisposition. Beaucoup d'auteurs (Strumpell, Marie, entre autres), cherchent dans les maladies infectieuses la cause efficiente de l'affection. L'hémiplégie spasmodique infantile serait une complication de la scarlatine, de la rougeole... D'autres auteurs en font une infection spéciale s'attaquant à la substance grise du cerveau ; Strumpell la compare à la paralysie spinale aiguë de l'enfant ou poliomyélite, et, par analogie, il l'a décrit sous le nom de polioencéphalite. Molius a rapporté une observation dans laquelle le frère et la sœur furent pris simultanément l'un d'hémiplégie spasmodique et l'autre de paralysie spinale aiguë. Cette théorie infectieuse est loin d'être admise par tous les auteurs.

Lésions cérébrales. — Cotard dans son mémoire de 1868 décrit 4 types anatomiques principaux donnant lieu au syndrome hémiplégie spasmodique infantile.

1er *type.* — A la surface de l'hémisphère cérébral on voit des *plaques jaunâtres ou ocrées* qui représentent des foyers d'anciens infarctus. Leur siège et leur étendue sont très variables. Les circonvolutions voisines sont

rétractées et comme attirées vers le centre du ramollissement.

2e *type* caractérisé par la présence de *kystes* généralement situés sous l'écorce cérébrale. — Tantôt il y a plusieurs cavités séparées par des cloisons incomplètes, tantôt il n'y a qu'une seule poche. Les parois sont indurées et colorées en jaune brun. Le contenu est limpide, incolore.

3e *type. Porencéphalie.* — Une portion de la substance nerveuse de l'hémisphère a disparu et, dans une étendue plus ou moins considérable, les méninges se trouvent accolées à la membrane ventriculaire. Vers la limite de la perte de substance les circonvolutions froncées et ratatinées se transforment en une substance gélatineuse avant de disparaître complètement (Cotard). La forme des circonvolutions autour de la lésion primitive permettrait, d'après Kundrat (travail de 1882), de voir si l'affection est d'origine congénitale ou non. Dans le premier cas, les circonvolutions situées à la périphérie du foyer sont orientées en rayons dirigés vers le milieu de ce foyer. Elles sont comme attirées par celui-ci et elles se prolongent pour ainsi dire jusqu'au fond de la cavité. Dans la porencéphalie non congénitale, les circonvolutions n'ont pas cette direction radiée. Elles sont coupées nettement par la lésion et ne se prolongent pas jusqu'au centre de la cavité.

4e *type. Sclérose lobaire primitive.* — L'étendue de la sclérose varie avec les sujets. Quelquefois un hémisphère entier est atrophié. Dans d'autres cas, c'est seulement un ou plusieurs lobes. La coloration des parties scléreuses est en général plus claire et rappelle la teinte du tissu de la sclérotique. Les circonvolutions du côté malade sont

ratatinées et de beaucoup moins épaisses que celles du côté sain. Quelquefois leur surface est comme parsemée d'empreintes punctiformes rappelant l'aspect du bois vermoulu (Pozzi). La forme du lobe atrophié est bien conservée (caractéristique). Le trajet des circonvolutions est normal. C'est un lobe normal ramené à une échelle inférieure à celle sur laquelle son congénère est formé.

Ces quatre lésions sont d'origine vasculaire. *La plaque jaune* est la cicatrice d'un ramollissement consécutif soit à une thrombose, soit à une embolie (1 autopsie de J. Simon). Les *kystes* ont été produits par une hémorrhagie. Pour la *porencéphalie* Kundrat a démontré que la lésion est toujours en rapport avec un territoire artériel, ce qui équivaut à dire qu'elle est toujours d'origine vasculaire. Enfin, lorsque la *sclérose lobaire* n'envahit pas tout un hémisphère elle est localisée soit au lobe frontal, soit au lobe occipital, soit à la région rolandique. Chacun de ces territoires est nourri par une artère spéciale. Il semble donc ressortir de cette répartition que le processus initial encore mystérieux qui aboutit à la sclérose est commandé par un trouble circulatoire (Marie).

Les quatre lésions précédentes ne sont pas les seules qui peuvent donner lieu aux symptômes de l'hémiplégie spasmodique infantile. Ceux-ci peuvent encore se rencontrer dans la *méningo-encéphalite chronique* lorsque les lésions prédominent d'un seul côté.

En résumé, l'hémiplégie spasmodique infantile relève de quatre lésions anatomiques cérébrales, d'origine vasculaire : plaques jaunes, kystes, porencéphalie, sclérose lobaire primitive. Par occasion une cinquième lésion, la méningo-encéphalite chronique, peut donner lieu au syndrome.

Lésions secondaires extracérébrales. — Turner a noté l'atrophie du lobe du cervelet opposé au lobe cérébral atrophié. On a signalé une sclérose non constante ni complète du faisceau pyramidal dans la protubérance, le bulbe et la moelle, qui expliquerait l'état spasmodique.

Le crâne ne présente de déformation accentuée que lorsque la lésion cérébrale remonte aux premières années ou à la vie intra-utérine. Alors même il peut ne pas y avoir de déformation si un kyste ou du liquide dans les ventricules masquent la perte de substance cérébrale. D'autres fois, au contraire, il y a dépression du crâne avec une lésion n'ayant débuté qu'à 6 ou 7 ans. La table interne suit le contour du cerveau. Les fosses cérébrales ou cérébelleuses, sont moins développées là ou l'organe est atrophié. L'épaisseur de la paroi crânienne est souvent augmentée, ce qui explique l'absence de déformation extérieure avec une atrophie cérébrale même très marquée. Dans ces cas la diminution de la capacité crânienne s'est faite presque uniquement par le retrait de la table interne. Quand il existe une déformation externe elle correspond au siège de la lésion cérébrale mais ne dit rien sur sa nature.

Symptômes. — Nous donnerons d'abord un tableau d'ensemble de la maladie. Ensuite nous étudierons séparément chaque symptôme.

A la naissance ou dans les premières années l'enfant est pris plus ou moins subitement de convulsions et à leur suite apparaît une hémiplégie. D'abord flasque cette paralysie ne tarde pas à prendre des caractères spasmodiques et au bout de quelques mois une sorte de contracture amène des déviations notables dans la direction des membres. En même temps on remarque un défaut d'accroissement assez pro-

noncé de ceux-ci. Dans d'autres cas, la contracture et l'arrêt de développement n'existent pas, mais les extrémités sont animées de mouvements involontaires d'aspect varié (hémiathétose, hémichorée) ces mouvements peuvent d'ailleurs coïncider avec une contracture peu accentuée (mouvements athétosiques de Marie). Souvent aussi, il existe une diminution plus ou moins marquée de l'intelligence. Enfin, au bout d'un temps variable, de quelques jours à plusieurs années, on voit survenir des attaques d'épilepsie jacksonnienne. Le malade dès lors présente au complet le tableau de l'hémiplégie spasmodique infantile (Marie).

La maladie débute habituellement par des convulsions qui suivent un léger malaise, une maladie infectieuse, ou surviennent sans prodromes aucun. Ces convulsions sont localisées à un côté, ou, si elles se généralisent, toujours elles ont une prédominance unilatérale. Le plus souvent elles se succèdent à intervalles rapprochés et forment un état de mal. Elles laissent à leur suite une hémiplégie, Dans quelques cas peu fréquents l'hémiplégie apparaît à la suite d'une attaque d'apoplexie sans convulsions comme chez l'adulte. Elle peut même se montrer sans convulsions ni apoplexie préalables.

A. Hémiplégie. — Elle est plus fréquente de beaucoup que les monoplégies. Le membre inférieur est généralement beaucoup moins atteint que le membre supérieur, ce qui permet au malade de marcher sans trop de peine. Quelquefois les deux membres inférieurs sont pris et la marche présente des caractères spasmodiques très accentués. Dans d'autres cas l'hémiplégie est double, les quatre membres sont paralysés simultanément ou à deux attaques

successives. Dans ces cas le diagnostic avec le tabès spasmodique peut devenir très difficile. Les extrémités sont plus paralysées que les segments du membre plus rapprochés du tronc. La main peut être seule prise, le reste du membre supérieur demeurant normal.

La face participe généralement à la maladie, mais elle est peu atteinte. Il y a un peu de flaccidité de la joue; la langue n'est pas déviée le plus souvent. Il peut se développer une contracture secondaire de la face du côté hémiplégié. Quelquefois on rencontre de l'asymétrie du visage due à l'atrophie du côté paralysé. Les muscles de l'œil sont intacts d'habitude. Quand on observe des troubles de ce côté (paralysie, nystagmus, strabisme) c'est que très probablement on a affaire à une méningo-encéphalite chronique.

Du côté paralysé les membres sont plus rouges, la température est moins élevée.

La réaction électrique des muscles est normale ou seulement diminuée en quantité. Dans aucun cas, il n'y a de réaction de dégénérescence.

Au début, cette hémiplégie n'a pas de distinction nette d'avec l'hémiplégie des adultes. Ce n'est qu'au bout de quelques mois à un an qu'apparaissent les caractères propres à l'hémiplégie spasmodique infantile. On a alors deux types principaux reliés par des transitions nombreuses et diverses :

1° *Type avec contracture et déformation prononcée des membres.* — Le membre supérieur est atrophié. Le bras tombe parallèle au tronc et assez rapproché du corps. L'avant-bras fléchi à angle droit s'applique sur les parties latérales du thorax et sur la région épigastrique. Le poignet est en flexion forcée. L'extrémité inférieure de

l'avant-bras est alors constituée non plus par les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, mais par la surface articulaire des os du carpe renversés. La main est plus ou moins déviée du côté du bord cubital ; elle est très atrophiée. La face palmaire prend la forme d'une gouttière par suite de l'opposition persistante du pouce. Au membre inférieur l'atrophie est moins prononcée. La seule déformation frappante consiste en un pied bot équin ou varus équin. La déformation est telle dans certains cas, que, à cause de l'atrophie simultanée du membre, le malade marche sur le bout des orteils.

Les réflexes tendineux sont exagérés dans cette variété.

2° *Type avec mouvements anormaux* (hémiathétose ou hémichorée). — Les membres sont peu ou pas atrophiés. Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de contracture.

Entre ces deux types extrêmes, on trouve des formes de transition ou une contracture légère s'allie plus ou moins à des mouvements anormaux.

B. Atrophie. — Elle est surtout marquée dans le type d'hémiplégie avec contracture. Elle peut disparaître ou même faire place à l'hypertrophie dans les formes où existent les mouvements athétosiques et l'athétose. Elle porte à la fois sur les muscles et sur les os ; les membres sont diminués de longueur et d'épaisseur. Elle porte sur les membres plutôt que sur le tronc, et, dans les membres elle atteint plus spécialement certains groupes musculaires (antérieur au bras, postérieur à la jambe). Le bassin et le thorax sont asymétriques, moins développés du côté paralysé. On a noté également l'atrophie des organes du côté malade (sein, testicule).

L'atrophie est moins considérable que dans la paralysie spinale de l'enfance. Elle peut donner une diminution de 5 à 6 centimètres en longueur et de 3 à 5 centimètres en largeur pour le membre supérieur. Elle est plus ou moins marquée selon l'âge du sujet au début et le degré d'altération du faisceau pyramidal.

C. Contractures. — D'origine musculaire au début, elle doit sa persistance à la transformation fibreuse du muscle ce qui explique l'impossibilité du redressement. Elle est plus ou moins intense selon les cas. Elle manque complètement dans le type avec athétose vraie. Entre les cas extrêmes on trouve tous les intermédiaires.

D. Hémiathétoses. — L'hémiathétose existe dans quelques cas du côté paralysé. Il n'y a alors ni contracture, ni atrophie. Les réflexes ne sont pas exaltés.

Marie a décrit sous le nom de *mouvements athétosiques* des mouvements anormaux comparables à ceux de l'athétose vraie coexistant avec un certain degré de contracture.

Dans quelques cas très rares on observe des troubles moteurs d'origine ataxique ou chronique.

E. Réflexes. — Augmentés dans le type d'hémiplégie avec contracture et atrophie, ils sont normaux dans le type sans contracture.

F. Sensibilité. — Le plus souvent il n'y a pas de troubles de la sensibilité ou seulement une légère diminution du côté malade. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe de l'anesthésie. Les sens spéciaux sont rarement affectés. Quand ils le sont, c'est un indice de méningo-encéphalite.

G. Intelligence. — En général elle est atteinte, mais suivant des degrés très divers. A ce point de vue Bour-

neville divise les enfants en 3 catégories : les idiots, les imbéciles, les arriérés. On peut enfin, mais exceptionnellement rencontrer une intelligence intacte dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Souvent on observe un rapport direct entre l'hémiplégie et les troubles intellectuels. Les idiots par exemple ont une paralysie plus accentuée que les arriérés ; mais c'est une règle qui est loin d'être absolue. L'affaiblissement intellectuel ne va pas en augmentant chez ces malades, comme chez les épileptiques, par exemple. On a bien cité des cas où la déchéance allait croissant peu à peu pour aboutir à l'idiotie. Mais ces exemples sont rares et appartiennent plutôt à la méningo-encéphalite chronique. Le plus souvent au contraire les troubles intellectuels restent stationnaires ou peuvent même être améliorés par une éducation méthodique (Bourneville et Vuillamier).

H. L'Aphasie existe quelquefois chez des enfants tellement idiots que leur aphasie peut s'expliquer par leur défaut d'intelligence. Ces cas mis à part, elle est très rare dans l'hémiplégie spasmodique infantile. On peut faire plusieurs catégories sur ce point de vue :

1° Ou bien les enfants ont été frappés d'hémiplégie tout jeunes, alors qu'ils n'avaient pas encore commencé à parler. Dans ce cas, on observe un grand retard dans l'apparition de la parole, quelquefois même, mais beaucoup plus rarement, une absence à peu près complète de celle-ci ;

2° Ou bien les enfants ont été frappés alors qu'ils parlaient déjà. Dans ce cas l'aphasie peut être absolue pendant quelques heures, quelques jours ou même plus longtemps. Mais elle disparaît en général tout à fait dans la suite, ou bien elle persiste d'une façon incomplète, les

enfants conservant la faculté de répéter des mots, qu'ils ne prononcent pas spontanément. Quelquefois encore l'aphasie a complètement disparu, mais il persiste un certain degré de dysphasie ou même, dans certains cas, une akataphasie (langage à l'infinitif, par exemple). (Bernhardt.)

En résumé chez les enfants ce n'est que dans un nombre relativement très faible de cas que l'aphasie persiste comme symptôme permanent. Cotard explique son absence dans le cas d'atrophie gauche du cerveau par une suppléance de l'hémisphère droit.

I. Epilepsie. — Elle se rencontre presque toujours dans l'hémiplégie spasmodique infantile, mais elle peut apparaître à des dates fort variables dans le cours de la maladie. Tantôt l'attaque comitiale se montre quatre ou cinq jours après les accidents initiaux ; tantôt elle n'apparaît qu'après cinq, six ans et plus encore. Elle a des caractères spéciaux, qui la distinguent de l'épilepsie vulgaire : grande fréquence de l'aura (sensitive motrice ou sensuelle), qui permet au malade de choisir l'endroit de sa chute et de ne pas se faire de mal ; absence de cri initial ; pas d'évacuations involontaires ; terminaison brusque de l'attaque. Assez souvent, il n'y a pas perte de connaissance. Dans certains cas, les convulsions s'arrêtent à la période tonique ; les convulsions cloniques n'existent pas. Les convulsions sont quelquefois localisées au côté paralysé. Toujours elles commencent de ce côté et toujours elles y sont prédominantes. Les accès peuvent être sériés et l'état de mal ainsi constitué se distingue de l'état de mal vulgaire parce que la température ne s'élève pas aussi rapidement et dépasse rarement 38°,5.

Toutes ces différences disparaissent peu à peu à mesure

que la maladie devient plus ancienne et au bout de quelques années l'aspect présenté par les malades dans leurs attaques ne diffère plus sensiblement de l'épilepsie vulgaire.

Ces manifestations comitiales ont une tendance spontanée à disparaître vers 35 ou 40 ans.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend, *en premier lieu*, le diagnostic du syndrome èt, *en deuxième lieu*, le diagnostic de la lésion anatomique, dont il est la manifestation.

1° *Diagnostic du syndrome.* — La forme clinique d'encéphalopathie décrite par Srumpell sous le nom de polioencéphalite aiguë peut simuler une *méningite tuberculeuse* : fièvre, vomissements, convulsions ; ce sont là les symptômes du début de la méningite chez le nouveau-né. La difficulté est d'autant plus grande que la méningite ellemême est quelquefois suivie d'hémiplégie. En faveur de la méningite on a des prodromes plus longs, une fièvre vive, des convulsions moins localisées et à début moins nettement unilatéral ; le strabisme et le nystagmus, la raideur de la nuque, la rétraction du ventre. L'hémiplégie est moins complète, son intensité varie entre deux examens. Elle s'accompagne d'autres paralysies, mais les éléments de diagnostic plus sûrs seront fournis par l'évolution de la maladie.

Les *Tumeurs cérébrales* sont rares chez les enfants. Dans ce cas les monoplégies sont plus fréquentes que les hémiplégies. Les convulsions ne constituent pas le phénomène initial ; elles ne prennent pas le caractère d'état de mal. Il y a une céphalalgie persistante et localisée, des vomissements continuels, des phénomènes oculaires (strabisme,

œdème papillaire). On ne trouve pas d'atrophie, ni de déformation.

L'hystérie fait des hémiplégies où l'atrophie acquiert parfois une importance considérable. Elle n'est pas, même chez les tous jeunes enfants, aussi rare qu'on le supposait avant l'enseignement de Charcot. Il suffit de signaler cette possibilité pour éviter l'erreur de diagnostic, car l'hystérie n'est guère constituée exclusivement par l'hémiplégie spasmodique. (Brissaud.)

La paralysie spinale atrophique de l'enfance débute le plus souvent comme la polioencéphalite par de la fièvre et des convulsions. Les membres atteints sont également paralysés et atrophiés. Mais la paralysie spinale affecte rarement le type hémiplégique de l'encéphalopathie. La paralysie a une disposition moins régulière ; elle est flasque et ne s'accompagne jamais de contracture. Les réflexes tendineux sont abolis. Au début il y a réaction de dégénérescence et, à la fin, il n'y a plus de réaction électrique.

Les paraplégies spasmodiques, parmi lesquelles figure le tabes dorsal spasmodique, relèvent d'une foule de lésions spinales (tumeurs rachidiennes, mal de Pott, pachyméningite dorso-lombaire). Leur tableau clinique est parfois identique à celui des paraplégies encéphalopathiques. Elles s'en distinguent par ce fait que, à un moment de leur évolution, elles intéressent à un degré quelconque les organes centraux de la sensibilité et les noyaux spinaux des réservoirs. (Brissaud.)

Les pseudo-paralysies syphilitiques n'ont que rarement une disposition hémiplégique. Les jointures sont tuméfiées et crépitent quelquefois. Les mouvements volontaires sont diminués d'étendue, mais persistent. Les éruptions

cutanées et autres signes de syphilis héréditaire ont une grande importance diagnostique.

Les paralysies obstétricales des nouveau-nés sont limitées à des groupes musculaires très circonscrits (muscles de l'épaule, fléchisseurs de l'avant-bras). Ces muscles présentent une réaction de dégénérescence plus ou moins complète.

2° *Diagnostic de la lésion anatomique.* — Il est impossible de savoir avec certitude la nature de la lésion encéphalopathique (kystes, plaques jaunes, par encéphalie, sclérose). Cela importe peu d'ailleurs puisque les lésions évoluent de la même manière. On ne peut émettre que des hypothèses suivant chaque cas particuliers. Une seule circonstance autorise à énoncer un diagnostic ferme, c'est lorsqu'il existe des paralysies périphériques des nerfs craniens et des troubles oculaires (nystagmus, strabisme). Dans ces cas il y a de grandes chances pour qu'on ait affaire à une méningo-encéphalite. L'intelligence ne reste plus stationnaire comme dans les autres variétés, elle va en s'affaiblissant peu à peu pour aboutir à l'idiotie.

Pronostic. — L'hémiplégie spasmodique infantile est d'autant plus grave qu'elle se déclare à une période plus éloignée de la naissance, alors que les suppléances par parties du cerveau restées saines sont plus difficiles. Toujours elle créée des infirmités. L'infirmité, en ce qui concerne l'atrophie des muscles et de la charpente osseuse, est, contrairement à ce qui concerne la fonction, d'autant plus prononcée que la lésion est plus précoce. » (Brissaud.)

La vie n'est menacée directement que dans deux cas :

lors des accidents convulsifs du début et lorsque les crises épileptiques constituent l'état de mal.

Les crises épileptiques ont tendance naturelle à disparaître vers l'âge de 30 ans. (Bourneville et Vuillamier.)

Il n'y a pas à craindre de démence progressive.

Traitement. — L'encéphalopathie atrophique de l'enfance est une affection au-dessus des ressources de l'art. Nous ne pouvons rien contre la lésion elle-même. La paralysie sera combattue par la faradisation, un mois seulement après la disparition des accidents aigus. Le médecin devra prévenir les déformations en défendant de laisser marcher les enfants trop tôt, ou bien les corriger par des appareils orthopédiques et la ténotomie. Le bromure de potassium diminuera les crises épileptiques.

Quant aux troubles psychiques, Bourneville est parvenu à les améliorer d'une façon surprenante par une éducation méthodique.

DE L'EJON.

BACTÉRIOLOGIE

LE BACILLE TYPHIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MILIEUX PHÉNIQUÉS

Dans un récent cours fait à l'Institut Pasteur, M. Roux, envisageant les principaux caractères du bacille d'Eberth-Gafky, rappelait le fait signalé par MM. Chantemesse et Widal, la résistance du bacille typhique à divers milieux acides (suc gastrique, acide chlorhydrique, acide citrique, acide phénique), fait confirmé par M. Perré.

Ce dernier expérimentateur, additionnant de peptone

et d'acide phénique un milieu, prétendait posséder un terrain sur lequel le bacille d'Eberth seul évoluait.

Nous-même avons recherché la possibilité d'obtenir par les milieux phéniqués le moyen de résoudre le problème qui se pose actuellement en bactériologie : la différenciation du bacille typhique et du coli-bacille, ce dernier étant toujours associé au premier dans les selles des typhiques.

En ensemençant dans la gélatine, en boîtes de Petri, une particule de ces selles, on obtient de nombreuses colonies qu'un observateur patient, en les repiquant au hasard et au fur et à mesure de leur apparition, peut arriver au bout d'un temps variable, toujours long, à isoler à l'état de pureté : alors en semant ces cultures sur agar lactosé au tournesol (milieu de Wurtz) et dans le lait on pourra reconnaître le bacille d'Eberth. On sait en effet que seul le coli coagule le lait et, mettant en liberté l'acide lactique, rougit le milieu de Wurtz avec dégagement de bulles de gaz.

Mais ce ne sont pas là des milieux applicables au diagnostic clinique de la fièvre typhoïde.

Exner a récemment donné la formule d'un milieu amylacé et ioduré : les résultats que nous avons vu obtenir à nos côtés par un de nos collègues, à l'aide de ce milieu, nous permettent d'affirmer le peu de valeur diagnostique du milieu d'Exner.

Dans nos expériences personnelles nous avions d'abord choisi la gélatine additionnée d'une proportion variable d'une solution alcoolique d'acide phénique : nous n'avons obtenu que des résultats contradictoires ; cependant il nous a semblé que le coli poussait plus vigoureusement que l'Eberth sur ce milieu.

L'agar phéniqué ne nous a rien appris de plus.

Nous nous sommes adressé au bouillon nutritif peptonisé d'usage courant dans les laboratoires. Des tubes renfermant 5 centimètres cubes de bouillon ont reçu chacun une goutte de glycérine phéniquée (glycérine = 2 volumes; acide phénique liquide pur = 1 volume) ; nous obtenions ainsi un milieu sur lequel poussait facilement, en détachant les parois supérieures du tube, le coli-bacille, le streptocoque, le staphylocoque doré, et sur lequel le bacille typhique ne cultivait pas ou troublait très peu le bouillon.

Des résultats aussi différents de ceux de Chantemesse et Widal, de Perré, nous ayant surpris, nous ont amené à rechercher si le véhicule (glycérine) exerçait quelque influence propre : des ensemencements sur bouillon glycériné donnent des résultats positifs avec le typhique; d'autre part une goutte de solution alcoolique phéniquée au même titre (alcool à 90° = 2 volumes, acide phénique liquide = 1 volume) que la glycérine dont nous nous étions servi, additionnée aux tubes de bouillon, empêche l'Eberth de cultiver ou contrarie manifestement son développement.

Ayant fait part de ces résultats à notre maître, M. le professeur Strauss, son opinion est qu'à l'époque où ont au lieu les expériences que nous citions au début, les auteurs n'étaient pas encore en possession de moyens rigoureux de différencier une culture de coli d'une culture de typhique.

Il convient donc de conclure que non seulement le bacille d'Eberth résiste mal aux milieux phéniqués, mais d'autre part que cette résistance est encore bien inférieure à celle de plusieurs microbes, notamment du coli-bacille.

E. LEFAS.

MEDECINE PRATIQUE

DE L'ALBUMINURIE CYCLIQUE

M. le Dr Marie (1) rapporte une observation de cette affection encore mal connue et désignée sous le nom d'albuminurie cyclique ou de maladie de Pavy.

Voici d'abord le résumé de l'observation de ce malade que M. Marie a eu la bonne fortune de soigner à six ans de distance et qui est passé par un grand nombre de services hospitaliers de Paris.

Antécédents. — A l'âge de trois ans, eczéma généralisé; de quatorze à quinze ans, bronchite avec palpitations; syphilis. En 1885, service militaire pendant lequel il ne peut supporter les fatigues : « les jambes enflaient pendant les marches, il était pris de palpitations et il eut même des hémoptysies » avec une bronchite rebelle. Il est réformé comme tuberculeux.

En 1888, il entre dans le service de M. Tapret qui, malgré une toux incessante et une expectoration abondante, ne constate pas de bacilles; il remarque alors une albuminurie singulière, disparaissant pendant le séjour au lit et revenant par la position verticale et la marche.

Si on examine les différentes mictions de la journée, recueillies séparément au point de vue de la présence de l'albumine, on reconnaît que toutes les mictions de la nuit ne contiennent pas d'albumine, que celles des heures de

(1) *Semaine médicale*, 5 février.

la journée correspondant à la station verticale ou à la marche sont albumineuses d'autant plus que la marche aura été plus fatigante ; il est à remarquer que la fatigue musculaire seule ne suffit pas pour amener cette albuminurie, puisque les urines n'en contenaient pas après un exercice violent, pris dans le lit.

Or, cette constatation d'albuminurie par la station verticale et la marche a été faite par tous les chefs de service qui ont soigné ce malade depuis 1888 jusqu'à aujourd'hui.

M. Marie étudie ensuite ce qui a été écrit sur cette affection depuis une dizaine d'années. Il rappelle rapidement que, dès 1873, William Gull signalait des faits de ce genre. Mais c'est surtout Pavy qui a donné une description de cette affection sous le nom de cyclic albuminuria, auquel un certain nombre d'auteurs ont substitué celui de maladie de Pavy. Depuis ce moment, Lépine, Capitan, Teissier, Lecorché et Talamon, en France ; von Noorden, Freund, Klemperer, Stenbner, Ott et Osswald, en Allemagne ; Marcacci et Mya, en Italie, se sont occupés de cette question.

En résumé, c'est une affection caractérisée par une « albuminurie survenant chez des sujets sains en apparence, suivant un mode intermittent, soumis à certaines influences ».

Il arrive assez souvent que les personnes atteintes de cette variété d'albuminurie paraissent absolument saines et que l'on ne découvre l'albumine de leurs urines que par hasard, au moment de contracter une assurance sur la vie, par exemple.

D'autre fois, le médecin est consulté par une personne qui se sent fatiguée, molle, énervée, souvent avec palpi-

tations, mal de tête et vertiges, ayant l'apparence d'une neurasthénique; l'examen des urines fait alors constater la présence de l'albumine.

Les hémorrhagies, l'hémoptysie, chez le malade de Marie, les épistaxis, dans un grand nombre d'observations, paraissent en relation avec l'albuminurie cyclique.

Le caractère particulier de cette albuminurie est de n'apparaître que d'une façon intermittente; il faut ajouter, pour être complet, que cette apparition est soumise à certaines influences, pour différencier l'albuminurie cyclique de certains cas où l'albumine apparaît momentanément dans l'urine de certains sujets sains, de l'albuminurie dite physiologique de certains auteurs, nom qui nous paraît difficile à conserver, toute albuminerie nous paraissant anormale ; mais nous n'avons à retenir, pour le moment que la caractéristique de l'albuminurie cyclique est de revenir d'une façon intermittente, sous certaines influences.

Quelques auteurs ont signalé l'influence de l'*alimentation* ou du *refroidissement* sur l'apparition de l'albumine dans les urines, mais M. Marie ne croit pas qu'il s'agisse pour ces albuminuries transitoires de véritables albuminuries cycliques.

« Dans les observations absolument typiques de cette affection, dit M. Marie, ces influences sont ou tout à fait nulles comme chez notre malade, ou trop peu nettes pour qu'on puisse les considérer comme ayant une importance réelle. L'influence véritablement prépondérante est celle de la *position debout* avec ou sans travail musculaire concomitant; aussi serait-on volontiers tenté de désigner avec Stirling cette forme d'albuminurie sous le nom d' « albuminurie de posture » (*postural albuminuria*). Je vous rap-

pellerai à cet égard une observation caractéristique de Rooke (cité par Dubreuilh) : cet auteur, ayant fait garder le lit pendant trois semaines à une de ses malades, put constater que pendant tout ce laps de temps l'urine ne présenta pas d'albumine, tandis que dès qu'elle se leva l'albumine reparut. A côté de cela, nous avons vu chez notre homme que la position assise, même avec travail fatigant, ne provoquait pas d'albuminurie. Vous vous souvenez, également, de la rapidité avec laquelle celle-ci survient dès que le malade se met debout et marche : dix minutes, un quart d'heure suffisent amplement pour que l'urine présente les réactions caractéristiques ; la relation de cause à effet est donc absolument indéniable.

« Il nous reste encore un fait à envisager dans l'observation de mon malade. Si je ne vous en ai pas encore parlé, c'est uniquement parce que je tenais à insister comme il convient sur l'influence de la position. Ce fait consiste en ce que, chez cet homme, l'albuminurie peut survenir, même pendant le séjour au lit, dans le décubitus le plus parfait, soit à l'occasion d'une *vive contrariété* ou d'une mauvaise nouvelle, soit à l'occasion d'un *orage*. Il prévoit, d'ailleurs, à un ensemble de signes précurseurs et de sensations bizarres que son accès ne tardera pas à se montrer, et il est rare qu'il se trompe. »

L'*albumine* trouvée dans l'urine est ordinairement peu abondante ; elle se présente sous des formes différentes suivant les cas et à côté de la sérumalbumine on a trouvé des peptones, de la propeptone, de la nucléo-albumine.

La *quantité des urines* est peu modifiée ; sa *densité* plutôt supérieure à la normale de 1,020 à 1,030 ; l'*acidité* ordinairement augmentée.

Au point de vue étiologique, le sexe masculin paraît

plus prédisposé (49 fois sur 55 cas recueillis par Dubreuilh). Cette affection apparaît dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'hérédité paraît y jouer un rôle, puisqu'on a vu plusieurs frères et sœurs atteints de cette affection.

Quelle est la nature de cette affection? Doit-on, avec Lecorché et Talamon, considérer l'albuminurie cyclique comme une néphrite d'intensité faible, mais devant aboutir un jour au mal de Brigth confirmé, ou, avec Marie, comme une entité morbide spéciale, sans altération rénale, et qu'il considère comme étant sous l'influence du grand sympathique ? Nous croyons pour le moment qu'il n'y a pas lieu de conclure, mais d'attendre des observations plus complètes.

Comme traitement, Marie, qui compare cette albuminurie transitoire à la migraine, conseille l'emploi de l'antipyrine qui lui aurait donné des résultats relatifs.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Guérison de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. — II. Sur l'appendicite. — III. Traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systématique. — IV. A propos de la contagion de la tuberculose. — V. Abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes. — VI. Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium.

Séance du 10 mars. — M. Dumontpallier fait une communication sur le traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse.

Depuis 1893, M. Dumontpallier a observé trois malades dont les gencives et la langue étaient le siège de tumeurs dont l'aspect et la marche offraient une certaine gravité, et c'est avec succès qu'il a employé un traitement par le chlorate de potasse.

Le premier malade, un homme de 68 ans, présentait derrière les racines inférieures une tuméfaction subaiguë de la gencive, sous forme d'un bourrelet de la grosseur de l'index et qui s'étendait latéralement jusqu'aux canines. Ce bourrelet se continuait en bas avec le plancher de la bouche. Au toucher, la tumeur était dure, peu douloureuse et ressemblait à un épithélioma.

M. Dumontpallier fit prendre à ce malade, journellement, une mixture de chlorate de potasse (4 grammes de chlorate par 120 grammes d'eau distillée) et appliquer quatre fois par jour de fortes doses de chlorate de potasse en poudre fine sur toute la tumeur.

Ce traitement fut continué aux mêmes doses pendant un mois, puis diminué progressivement de semaine en semaine, et, après un mois d'un traitement régulièrement suivi, on constata la disparition complète de la tumeur.

Voilà deux années que la guérison se maintient.

La seconde observation a trait à un homme de 52 ans qui avait été opéré en avril 1895 pour un épithélioma du bord latéral droit de la langue. Douze jours après l'opération le bord droit de la langue était recouvert de plaques de sphacèle et il y avait un écoulement de salive très abondant et d'une odeur fétide.

Le malade se prétendait infecté par cette sécrétion ; il passait ses jours et ses nuits à faire des lavages avec de l'eau boriquée. Dans les premiers jours du mois de mai, le chirurgien qui l'avait opéré constatait l'existence d'un bourgeon de récidive au niveau de la cicatrice.

Cette tumeur est située sur le bord droit de la langue, à 5 centimètres de la pointe de l'organe, au niveau de la seconde petite molaire. Elle a la grosseur et la forme d'un gros haricot et offre l'aspect d'un papillome, elle est sessile, adhérente dans toute son étendue. Pas d'adénopathie sous-maxillaire. Le chlorate fut prescrit à raison de 4 grammes dans les vingt-quatre heures à prendre dans 120 grammes d'eau, une cuillerée à soupe toutes les quatre heures, puis en application locale de poudre fine toutes les six heures.

Pendant six semaines, le malade suivit régulièrement ce traitement.

Douze jours après le début du traitement la tumeur avait diminué de moitié. Cinq mois après la guérison était complète, et depuis elle se maintient.

Le troisième malade dont M. Dumontpallier rapporte l'observation est aussi en bonne voie de guérison. Pour l'auteur, l'élimination continue par les glandes salivaires de chlorate de potasse expliquerait la mode d'action de ce médicament. M. Dumontpallier rappelle qu'avant de commencer ce traitement, il faut avoir soin de s'assurer de la régularité de la fonction rénale.

M. Reclus, qui depuis plusieurs années a eu très souvent l'occasion d'essayer le chlorate de potasse chez les cancéreux, n'a remarqué l'efficacité de ce médicament que dans certains cancroïdes de la peau.

Même séance. — M. Dieulafoy lit un travail sur l'appendicite. Nos connaissances sur cette affection sont de date récente. Jusqu'en 1888, la typhlite était tout. Cette typhlite stercorale ainsi qu'on l'appelait, était due à un engorgement du cæcum par des matières fécales. Cet engorgement fécal déterminait une inflammation des parois du cæcum, avec constipation, douleur, tuméfaction, empâtement de la fosse iliaque droite et, dans quelques cas plus violents, fièvre, nausées et vomissements. Cette typhlite se terminait habituellement par résolution, mais elle pouvait, disait-on, aboutir à l'ulcération, à la perforation et déterminer la pérityphlite, la péritonite, le phlegmon iliaque. Il y avait péritonite si la lésion siégeait à la face antérieure du cæcum, il y avait phlegmon iliaque si la lésion siégeait à la face postérieure qu'on supposait,

à tort, privée de péritoine. En 1888, Tuffier venait confirmer une opinion passée inaperçue, à savoir : que le péritoine entoure complètement le cæcum, et que ce dernier n'est pas en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Les chirurgiens américains qui, les premiers, ouvrirent le ventre pour des accidents imputables à la typhlite, virent que ces accidents avaient pour origine, non pas le cæcum, mais l'appendice cæcal (1).

« Est-ce à dire, cependant, que le mot « typhlite » doive être impitoyablement rayé du cadre nosologique ? Non, mais il faut bien s'entendre. Les ulcérations de la fièvre typhoïde et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin atteignent souvent le cæcum, mais ces lésions spécifiques sont en dehors de la question qui nous occupe. La tuberculose peut se localiser au cæcum, sous une forme primitive, lente, chronique, opérable et curable, mais cette typhlite tuberculeuse primitive et chronique, qui simule si bien le cancer, n'a rien de commun avec la typhlite qui fait le sujet de cette discussion.

« Une perforation de nature inconnue pourrait à la rigueur atteindre le cæcum, comme l'iléon (2), mais encore une fois tous ces cas disparates, bien qu'ayant pour siège le cæcum, n'ont rien de commun avec la question en litige, et il reste bien établi que c'est à l'appendicite qu'il faut rapporter tout ce qui avait été mis sur le compte de la typhlite.

---

(1) Routier. Discussion sur l'appendice, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1895, t. XXI, p. 531.

(2) Letulle a publié une intéressante observation de perforation de l'iléon de nature inconnue : Letulle. Des perforations aiguës de l'intestin grêle: *Presse médicale*, 1895, p. 137.

« Mais enfin, dira-t-on, il y a des cas indéniables où l'on a trouvé des lésions de typhlite, ulcération, gangrène, suppuration ; oui, mais qu'on y regarde de près et on verra que ces lésions de typhlite sont elles-mêmes consécutives à des lésions d'appendicite, l'appendice primitivement lésé côtoyant, dans certaine position ascendante et rétrocæcale, la face postérieure du cæcum. Tel était le cas de Gambetta (1). »

M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions suivantes :

« I. *L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close.*

« II. Cette transformation du canal appendiculaire en cavité close peut se faire sur un point quelconque du canal appendiculaire, dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation.

« III. La transformation du canal appendiculaire en cavité close se fait par différents mécanismes que j'ai pu constater et étudier sur des appendices enlevés par les chirurgiens. Souvent l'oblitération partielle du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close sont dues à la transformation lente et progressive d'un calcul appendiculaire, qui est plus ou moins dur, suivant que les matières inorganiques (sels de chaux et de magnésie) s'adjoignent en quantité plus ou moins considérable aux matières organiques et stercorales du calcul. Il s'agit là, non pas d'un calcul venu du cæcum, ainsi qu'on l'avait

(1) Lannelongue, Cornil. Blessure. Maladie de Gambetta ; observation, autopsie, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883, n° 3, p. 33.

admis à tort, mais il s'agit d'une véritable *lithiase appendiculaire* que je compare à la lithiase rénale ou biliaire.

« IV. J'ai pu démontrer par de très nombreux exemples la similitude pathogénique de ces trois lithiases, leur coexistence dans une même famille, et l'*hérédité* de l'appendicite calculeuse, que je propose de faire rentrer désormais dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

« V. Dans d'autres circonstances, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'une infection locale tout à fait comparable à l'obstruction de la trompe d'Eustache au cas d'otite, et à l'oblitération des canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal. Enfin, dans quelques cas, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est le résultat lent et progressif d'un rétrécissement fibreux, comparable au rétrécissement du canal de l'urèthre. Ajoutons que plusieurs de ces causes peuvent se trouver réunies chez un même sujet. La lithiase appendiculaire et l'oblitération par épaississement des parois sont en effet souvent réunies.

« VI. Les symptômes de l'appendicite, bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque sa transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes normaux de l'appendice jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence. Il se passe ici ce qui se passe dans les très remarquables expériences de Klecki après ligature d'une anse intestinale. C'est d'après ces expériences que j'ai essayé d'établir la théorie de l'appendicite par cavité close, théorie confirmée par les expériences de Roger et Josué.

« VII. Dans l'appendicite ainsi constituée s'élabore un foyer d'infection parfois terrible, dont les principaux

agents microbiens sont le coli-bacille et le streptocoque, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté avec mon interne Kahn.

« VIII. La virulence de l'appendicite est parfois si considérable que le malade peut succomber du fait même de son appendicite *infectante*, les lésions et les symptômes de péritonite étant à peine ébauchés.

« IX. Dans d'autres cas, l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, les parois de l'appendice n'étant *pas* perforées, et, malgré cette absence de perforation, on peut voir éclater toutes les variétés de péritonites, septicémie aiguë du péritoine, péritonite généralisée, péritonite enkystée, abcès péritonéaux à distance, abcès aérolaire, du foie.

« X. — Enfin, dans les cas qui étaient considérés comme les plus classiques, parce qu'ils étaient le mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation de l'appendice, et on assiste à l'évolution des différentes variétés de péritonites par perforation.

« XI. — Le traitement médical est nul ou insuffisant; le seul traitement rationnel, c'est l'intervention chirurgicale pratiquée *en temps opportun*. »

Dans la séance du 24 mars, M. Le Dentu s'occupe aussi du traitement de l'appendicite et, tout en conseillant l'intervention chirurgicale précoce, n'est pas aussi exclusif que M. Dieulafoy, et reconnaît que la guérison de certaines appendicites peut être obtenue par des moyens médicaux.

Voici ses conclusions :

« 1° S'il est vrai qu'un très grand nombre d'appendicites doivent être traitées chirurgicalement, il y en a quelques-unes dont la guérison définitive ou provisoire

peut être obtenue par les moyens médicaux. Ce sont celles qui, à aucun moment de leur évolution, ne provoquent des accidents de péritonite ou de septicémie péritonéale inquiétante.

« 2° Il y a des appendicites qui marchent régulièrement vers la constitution d'un abcès. Lorsqu'elles sont caractérisées par une réaction inflammatoire franche, lorsque la phlegmasie est assez bien localisée dans la région cæcale, lorsque la marche de la maladie reste normale et qu'aucun des signes indicateurs d'un grand danger ne vient la troubler, il y a avantage à laisser l'abcès se collecter et se délimiter, avant d'intervenir. La formation de la collection est révélée par des signes locaux (douleur limitée, tumeur en forme de plastron ou globuleuse, fluctuation) et des signes généraux (augmentation de la fièvre, agitation plus grande, suivie assez souvent d'une détente coïncidant avec l'arrêt de la formation du pus).

« Dans ces cas, l'intervention très précoce n'est pas, selon moi, sans danger. Elle peut avoir pour résultat de disperser les agents d'infection concentrés tout d'abord dans un point limité; et ce résultat est d'autant plus à craindre que l'apparition du pus à souvent lieu dès les premières heures.

« 3° L'intervention devient opportune et nécessaire dès que l'on présume, d'après les signes énumérés plus haut, que le foyer est constitué. Elle varie dans sa technique suivant la situation de ce foyer. Si celui-ci est immédiatement derrière la paroi abdominale, une simple incision de tous les plans suffit. Il faut se garder de rompre les adhérences (sauf les cas où l'on a quelques raisons de soupçonner l'existence de foyer multiples), et de chercher à enlever quand même l'appendice. On doit le laisser en

place s'il n'est pas flottant ou très facile à détacher, et se borner à suturer la perforation si l'on en aperçoit une évidente. Le tamponnement du foyer et la suture partielle de la paroi terminent l'opération. Si plus tard une éventration se produit, on trouve dans cette circonstance l'occasion d'aller à la recherche de l'appendice, et l'on est alors frappé de ce fait que toutes ou presque toutes les adhérences ont disparu, que l'intestin est redevenu entièrement libre et facile à traiter comme on l'entend.

« 4° Lorsque le foyer est profond, l'opération est plus délicate et surtout plus dangereuse.

« Pour pénétrer jusqu'à lui il faut rompre quelques adhérences, sinon toutes, prendre les précautions connues pour empêcher le pus de souiller les parties voisines, en un mot, se garer minutieusement de l'infection opératoire. Un bon tamponnement isole les points malades; mais, en dépit de toutes les mesures les mieux combinées, il arrive que la péritonite devient générale et que la mort soit la conséquence de l'intervention. Si l'opération précoce, dans les formes à réaction inflammatoire franche, ne peut pas être considérée comme absolument inoffensive, l'opération retardée jusqu'au moment où un abcès est formé ne donne pas toute sécurité, pour la raison énoncée à l'instant.

« Il y a donc, parmi les cas qui doivent se terminer par suppuration limitée, ceux que la situation antérieure de l'abcès rend bénins et ceux que sa situation postérieure ou profonde rend scabreux. Pour ces derniers, on ne peut regretter de ne pas être intervenu dès le début, puisque nous supposons que les symptômes initiaux n'avaient rien de menaçant.

« 5° Dans les circonstances suivantes, l'intervention doit être aussi hâtive que possible :

« *a.* Lorsque la maladie prend d'emblée les allures d'une péritonite générale ou que, dans le cours de l'appendicite, les signes de l'extension au péritoine entier se manifestent. Il ne faut pas confondre ces cas avec ceux où un simple ballonnement, accompagné d'une certaine sensibilité à distance, révèlent seulement du péritonisme, de l'irritation péritonéale, sans péritonite septique proprement dite.

« *b.* Lorsque la dépression se manifeste sous un des aspects étudiés plus haut : absence de douleurs spontanées, température normale ou peu s'en faut, avec un pouls trop fréquent et petit, défaut de sécrétion urinaire, ventre non ballonné et rétracté par la contracture, facies grippé et parfois à peine modifié, teint plus ou moins bistré, coloration bleuâtre des extrémités et spécialement des ongles, voix affaiblie, respiration un peu accélérée sans angoisse proprement dite.

« 6° Il y a danger à s'abstenir de toute intervention lorsque les accidents se sont manifestés plus d'une fois. Comme l'intervention dans l'intervalle des crises, à froid, donne d'excellents résultats (pour mon compte je l'ai toujours vue absolument inoffensive), le traitement fondamental de l'appendicite doit être de prévenir les accidents ultérieurs. Si l'on n'a pas la main forcée par le rapprochement des crises, le mieux, d'après Roux, de Lausanne, serait d'attendre cinq à six semaines en moyenne; à cette date, les exsudats constituant les adhérences ont généralement disparu et l'opération devient d'une simplicité extrême. Le succès est assuré et les malades sont débarrassés à jamais d'une menace qui ne se réalise que trop souvent. »

Même séance. — M. Renaut (de Lyon) fait une communication sur le traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systématique.

M. Renaut désigne sous le nom de bronchite diffuse, une inflammation générale de toutes les voies aériennes extralobulaires.

Depuis plus de dix ans que le professeur Renaut emploie cette médication systématique, il n'a pas vu une seule bronchite infantile diffuse et fébrile, traitée dès le second jour de fièvre, passer à l'état de bronchite capillaire. L'indication de la médication systématique par le bain chaud est fournie par la constatation des signes physiques de la bronchite diffuse jointe à celle d'une fièvre atteignant ou dépassant 39°, température rectale.

On procède exactement comme dans la méthode de Brand Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale en laissant le thermomètre en place pendant trois minutes. Si 39° sont atteints ou dépassés, on donne à l'enfant un bain à 38° et on l'y laisse de sept à huit minutes. On entoure la tête d'un mouchoir plié, et, si le petit malade semble se congestionner, on arrose le vertex pendant toute la durée du bain avec un filet d'eau à la température de la chambre. S'il s'agit d'un enfant de deux ou trois ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de champagne, ou de vin d'Espagne, ou de cognac et d'eau. Puis on l'enlève et on le sèche rapidement avec des linges chauds et on le recouche. Plus ou moins rapidement, parfois avec le troisième ou le quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus. Les râles humides deviennent, moins nombreux et la bronchite diffuse rétrograde à l'état de bronchite légère ou superficielle. Comme médication interne M. Renaut conseille le sulfate de quinine et

l'ipéca, *non pas comme vomitif*, mais comme « médicament vaso-constricteur des artérioles bronchiques qui commandent les glandes et les hyperactionne constamment ». Pour cela il donne des *doses faibles et échelonnées* et obtient des résultats *que l'on n'obtient jamais par une administration unique et massive.*

Si le savant professeur de Lyon voulait, en plus de l'ipéca, employer la bryone, peut-être obtiendrait-il, comme notre école et sans bain, d'aussi brillants résultats. Comme la plupart des médecins actuels, il condamne le vésicatoire et conseille de ne pas employer l'antipyrine, qui aurait dans les dernières épidémies de grippe, *fait périr plus de malades que la grippe elle-même.*

Même séance. — Sans vouloir nier les dangers du contact des tuberculeux, M. Kelsch attire l'attention sur le rôle des foyers tuberculeux latents.

Si l'on considère, dit M. Kelsch, que les soldats tuberculeux sont éliminés des rangs au premier soupçon de leur affection, que leurs effets d'habillement et de literie sont soumis à la vapeur sous pression, les casernes méthodiquement et périodiquement désinfectées, les sécrétions virulentes détruites au fur et à mesure de leur émission, et que pourtant l'endémie s'accroît d'année en année, chez nous comme dans les autres armées, il est permis de penser que la fréquence de la tuberculose n'est pas fonction exclusive de la dissémination des germes par la poussière, et qu'il y a lieu d'admettre d'autres modes de propagation que la contagion.

Un fait contraire à la théorie unique de la contagion, c'est que les infirmiers militaires comptent parmi les corps les moins éprouvés par la tuberculose.

Séance du 7 avril. — MM. Peyrot et Roger rapportent un fait d'abcès dysentérique du foie avec amibes.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, d'une bonne santé habituelle, qui partit avec son mari, employé colonial, pour Nossi-Bé, le 12 août 1895 ; le 10 décembre elle est prise d'une dysenterie peu grave, il y avait 7 à 8 selles douloureuses par jour, peu de sang dans les gardes-robes. Le 18 décembre tout était terminé.

A ce moment, la malade fut prise de nouveaux accidents; elle eut des accès de fièvre à maximum vespéral et des vomissements incessants. Ces manifestations disparurent et furent remplacées par des douleurs intenses dans la région du foie, douleurs qui s'irradiaient dans tout le côté droit du corps. La malade rentra en France et fut admise dans le service de M. Peyrot, à Lariboisière, qui constata que le foie, très douloureux, débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et remontait dans le thorax jusqu'à la troisième côte. Une ponction exploratrice ayant démontré la présence du pus, l'abcès fut ouvert et il s'écoula un litre de pus.

Le pus recueilli au moment de l'ouverture de l'abcès fut trouvé, à l'examen direct, dépourvu de bactérie, mais il contenait des amibes en grande quantité.

Même séance. — M. Guinard recommande d'employer le chlorure de calcium dans le traitement des cancers utéro-vaginaux inopérables. Voici comment il opère : Il prend un morceau de chlorure de calcium gros comme une petite noix, il l'introduit dans le vagin. Il se produit un développement abondant d'acétylène ; on se hâte de bourrer le vagin de gaze iodoformée ; 3 jours après on enlève le pansement, on lave le vagin. Il sort de l'oxyde

de calcium ; on enlève les débris, on assèche et on fait une nouvelle application. Rapidement les bourgeons disparaissent et il ne reste qu'une surface grisâtre lisse, non suintante.

On supprime ainsi les hémorrhagies, l'écoulement fétide et la douleur. Le seul inconvénient de cette application est une douleur assez vive qui dure quelques heures.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. De l'appendicite familiale ; de l'appendicite héréditaire ; pathogénie de l'appendicite. — II. La rougeole a l'hôpital Trousseau. — III. Nécessité d'une revision des angines dites a streptocoques. — IV. Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications.

I

Séance du 28 février. — M. Faisans rouvre la discussion sur la pathogénie de l'appendicite par une communication très intéressante sur l'*appendicite familiale.* Ce travail avait été annoncé depuis plusieurs séances, mais, l'ordre du jour de la Société ayant été très chargé, il ne peut le produire que tardivement et une de ses observations a déjà fait le sujet d'une communication du Dr Brun à la Société de chirurgie, communication qui a été le point de départ d'une discussion dans laquelle MM. Routier, Tuffier, Jalaguier, Quenu et Berger ont relaté des observations analogues, et qui a amené un article du Dr Talamon sur la même question.

D'autre part, M. Roux, de Lausanne, a déjà signalé des cas d'appendicite héréditaire qui, pour ce chirurgien, se-

raient très fréquents puisqu'il indique une proportion de 40 p. 100.

M. Faisans rapporte six observations que nous allons résumer très brièvement.

Obs. I. — Le 22 janvier 1894, il est appelé à Dieppe auprès d'un de ses malades qui meurt une heure après son arrivée d'une péritonite septique par appendicite perforée. Un an avant et six mois avant, le malade avait éprouvé des douleurs abdominales violentes avec vomissements, ayant duré quelques jours et mises sur le compte d'une indigestion, quoique devant être déjà des coliques appendiculaires.

Le 31 décembre 1895. Il est appelé chez le frère du malade précédent qui, à la suite d'un dîner en ville, la veille, a été pris de douleurs abdominales vives avec vomissements ; le ventre est partout sensible, mais il existe une douleur très vive au milieu de la ligne qui joint l'ombilic à l'apophyse iliaque antérieure et supérieure droite. Quoique les accidents s'amendent très rapidement, M. Faisans, se rappelant la mort du frère et trouvant dans les antécédents personnels du malade des crises de coliques appendiculaires semblables assez fréquentes, le fait voir au Dr Brun et au Dr Périer qui décidèrent de faire à froid la résection de l'appendice ; cette opération fut pratiquée le 19 janvier ; l'appendice « était turgescent, rouge, couvert de fines arborisations vasculaires » sans adhérences ; il contenait deux ou trois corps étrangers constitués par des concrétions fécales. Les suites opératoires ont été excellentes.

Obs. II. — Le Dr Lafount a rédigé une note sur le cas d'un jeune homme de 14 ans qui est mort, entre ses mains, d'une péritonite par perforation d'appendicite et

dont le frère était mort quelques années auparavant d'accidents analogues.

Obs. III. — M. Jalaguier a opéré en 1895 une petite fille de 8 ans pour péritonite septique diffuse, suite d'appendicite perforante; elle a succombé quelques heures après l'opération; depuis trois ans, trois personnes de la même famille ont succombé à des accidents d'appendicite, l'oncle, le cousin germain et la sœur de son opérée.

Obs. IV. — M. Faisans voit le 5 février dernier avec le Dr Foulliaron un jeune homme de 14 ans, souffrant depuis quelques jours d'une colique appendiculaire peu intense, mais qui était la sixième crise depuis un an. Le 23 février, le Dr Brun a enlevé à froid l'appendice de ce petit malade qui va aussi bien que possible. Le cœcum était descendu dans le petit bassin et l'appendice adhérait fortement à un point du petit bassin, au voisinage du trou obturateur; il a été très difficile à décoller; sa muqueuse était rouge, gonflée, tomenteuse, non ulcérée et sa cavité n'était ni oblitérée, ni rétrécie.

Or, MM. Faisans et Foulliaron avaient perdu trois ans auparavant le cousin germain de ce petit malade mort d'une péritonite septique par perforation.

Obs. V. — M. Faisans a vu le 8 février un enfant de 14 ans qui souffrait dans le côté droit du ventre; quoique les douleurs soient peu violentes et aient disparu rapidement, il croit à une crise très légère d'appendicite, parce qu'il existait de la douleur au niveau du point de Max Burney et parce que huit mois auparavant un frère de cet enfant a été opéré par le Dr Gérard Marchant pour une troisième récidive d'appendicite, accompagnée de péritonite circonscrite bénigne.

Obs. VI. — Le Dr Florand lui communique l'observation suivante de deux frères.

Le premier, âgé de 15 ans, meurt en décembre 1894 d'une appendicite suivie de péritonite par perforation.

Le second, âgé de 10 ans, est pris en décembre 1895 des mêmes symptômes; un chirurgien appelé veut intervenir, la famille refuse et au bout de huit jours, grâce aux soins médicaux, tout s'améliore. Le 10 janvier, fièvre, vomissements, symptômes de péritonite; l'opération est décidée pour le lendemain. « Ce jour-là, à huit heures du matin, le petit malade éprouve subitement le besoin d'aller à la garde-robe et rend du pus en abondance; on ajourne l'opération. La température redescend, l'état s'améliore et aujourd'hui l'enfant est considéré comme guéri de cette attaque d'appendicite. »

A ces observations, M. Faisans pense que l'on peut ajouter trois cas de M. Talamon (nous les retrouverons à la communication suivante) et les six ou sept cas brièvement indiqués à la Société de chirurgie. Voilà en somme une quinzaine d'observations recueillies en peu de mois et par un cercle restreint de médecins; il semble donc que les appendicites familiales soient assez fréquentes.

Les sujets de la première et de la cinquième observations de M. Faisans avaient des parents manifestement arthritiques; il semblerait donc que l'appendicite familiale vienne corroborer les assertions de M. Dieulafoy et soient en faveur de la *lithiase appendiculaire*. Cependant le jeune homme de la quatrième observation avait un appendice absolument libre dans toute son étendue et sans aucun corps étranger, ce qui tendrait à prouver qu'il y a plusieurs modes pathogéniques pour l'appendice, ce que nous avancions dans notre précédente revue.

Comme conclusion pratique de son travail, M. Faisans, constatant qu'un grand nombre d'appendicites familiales se terminent par la perforation, conseille dans ces cas de recourir à l'ablation de l'appendice.

M. Rendu vient, à l'aide de ses souvenirs personnels depuis plusieurs années, confirmer l'opinion de M. Faisans sur l'appendicite familiale ; voici les divers faits qu'il signale.

« J'ai pu suivre, dans ma clientèle, trois familles où l'appendicite s'est montrée à la fois chez plusieurs personnes : j'ai de plus eu connaissance par des médecins de la ville de deux autres familles où la maladie s'est montrée d'une façon héréditaire. C'est dire que le fait n'est pas rare et qu'il est même beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose. On en constatera certainement des exemples de plus en plus nombreux, quand l'attention des médecins se portera sur ce point.

« Il y a une douzaine d'années, j'ai vu mourir de péritonite par perforation appendiculaire une de mes clientes, jeune fille de 17 ans, dont le père avait succombé l'année précédente, dans des conditions identiques.

« L'an dernier, j'ai fait opérer à froid un homme de 32 ans, que j'avais soigné à plusieurs reprises pour des coliques appendiculaires et qui était sous le coup d'accidents intestinaux incessants. Il a parfaitement guéri. Or, le père de ce jeune homme, vieillard très robuste et d'une santé parfaite, avait succombé précisément l'année précédente à une perforation intestinale, pour laquelle on avait dû pratiquer la laparotomie *in extremis*. L'appendice vermiforme avait été trouvé ulcéré et perforé.

« Comme dans les cas signalés par M. Faisans ces deux malades étaient des arthritiques de souche gout-

teuse, et le père du jeune homme était un goutteux avéré.

« Il y a quelques mois, j'ai soigné à deux reprises différentes un homme de soixante-cinq ans pour des crises non douteuses d'appendicite qui m'ont inspiré de l'inquiétude.

« Ces crises avaient été précédées, pendant les années antérieures, par des accidents de colique hépatique et de lithiase urinaire pour lesquels le malade avait fait des saisons à Vichy et à Contrexéville. Or, le fils de ce monsieur, l'année même où son père avait des coliques hépatiques, était atteint d'une appendicite très tenace, qui a fini du reste par guérir sans intervention chirurgicale.

« Enfin, tout récemment, j'ai vu mourir, malgré une opération faite d'urgence, le surlendemain des premiers accidents, un jeune homme de 20 ans dont le père avait succombé deux ans auparavant à une péritonite aiguë d'origine appendiculaire.

« Le dernier fait m'a été communiqué par un médecin de la ville : il concerne un cas d'appendicite survenue chez une dame âgée, dont la petite fille, quinze jours après un accouchement, présenta des phénomènes très sérieux du côté de l'abdomen et dut être opérée d'un appendicite. »

M. Talamon apporte son contingent d'observations à l'*appendicite familiale* ; il rappelle d'abord qu'il en a rapporté trois exemples dans la *Médecine moderne* (29 janvier 1896). Depuis lors, il en a observé un nouveau cas.

Le 2 février, il est appelé auprès d'un petit garçon de 9 ans, qui depuis le mois de novembre dernier se plaint pour la cinquième fois de douleurs dans la fosse iliaque droite. La mère, qui a perdu il y a quatre ans un

enfant de 10 ans d'une appendicite perforante, retrouvant chez son enfant des signes de cette affection, l'a demandé pour décider de l'opportunité d'une opération préventive. Lorsque M. Talamon vit l'enfant, il constata « à la pression profonde un point douloureux un peu au-dessus de l'arcade de Fallope à la partie inférieure et externe de la fosse iliaque droite. Le ventre était légèrement météorisé, mais il n'y avait pas d'empâtement ni de tuméfaction appréciable au niveau de l'appendice. Il n'existait pas de fièvre, mais la langue était saburrale. Trois jours après, du reste, la pression ne réveillait plus de douleur dans la fosse iliaque ».

M. Talamon pensa qu'il devait exister dans l'appendice une scybale dont les déplacements provoquaient ces crises douloureuses. Du reste, le premier enfant était mort d'appendicite perforante après une série de crises peu graves.

M. Jalaguier a enlevé le 20 février un appendice très long de 10 à 12 centimètres, ne paraissant ni enflammé ni dilaté, mais contenant un petit corps étranger qui se déplaçait sous le doigt. L'opération réussit parfaitement.

M. Talamon conclut : 1° que dans certains cas l'appendicite à rechute peut être due au déplacement d'une scybale dans l'appendice;

2° Qu'en présence d'accidents appendiculaires familiaux, il faut tenir compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite, surtout si elles se répètent à courts intervalles, même si la palpation ne permet pas de constater de tuméfaction;

3° Que l'ablation à froid de l'appendice est le seul moyen de prévenir des accidents ultérieurs.

M. Talamon ajoute que dans cette observation les deux frères avaient présenté des adhérences préputiales très résistantes ; dans une autre observation, deux frères ayant eu des appendicites, avaient eu une descente tardive du testicule droit avec hernie d'une anse intestinale.

Il pense qu'il peut y avoir certaines relations entre l'appendicite familiale et cette coïncidence de vices de développement.

M. Le Gendre pense qu'il n'existe pas une étiologie commune, ni un mécanisme pathogénique univoque pour toutes les appendicites ; si on rencontre un grand nombre de cas d'appendicites familiales, les cas sporadiques sont encore beaucoup plus fréquents. On signale un rapport entre l'arthritisme et l'appendicite ; il en a observé en dehors de l'arthritisme, chez des sujets notoirement scrofuleux. Il en a surtout vu chez des dyspeptiques, consécutivement à un mauvais fonctionnement de l'estomac et de l'intestin.

II

Séance du 6 mars. — M. Comby donne la statistique de la mortalité de la rougeole à l'hôpital Trousseau pour 1895 et il en est fier lorsqu'il la compare à celle des années précédentes et à celles des autres hôpitaux.

En effet, sur 715 malades, il n'en a perdu que 103, soit 14,4 p. 100. Dans le même pavillon, la mortalité des cinq années précédentes, 1890 à 1894, varie de 32,6 p. 100 à 25,6 p. 100. A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Grancher accuse, de 1884 à 1888, une mortalité de 33 à 48 p. 100; aux Enfants-Assistés, M. Sevestre, de 1882 à 1886, de 42 à 57 p. 100.

Si nous décomposons le chiffre total de M. Comby, nous trouvons.

Rougeole simple.	548	cas	10	morts	1,8	0/0
Rougeole avec broncho-pneumonie.	85	—	70	—	87,39	—
Rougeole avec coqueluche	23	—	10	—	43,47	—
Rougeole avec scarlatine.	16	—	5	—	31,25	—
Rougeole avec diphtérie .	15	—	2	—	13,33	—

Au point de vue de l'âge :

Au dessous d'un an. . .	45	—	15	—	33,3	—
— de 1 à 2 ans.	176	—	52	—	29,5	—
— de 2 à 5 ans.	336	—	30	—	8,9	—
Au-dessus de 5 ans. . .	158	—	6	—	3,8	—

Nous retiendrons de tous ces chiffres celui de la mortalité par broncho-pneumonie, 70 morts sur 85 cas ! Voilà où l'on pourrait démontrer facilement la supériorité du traitement homœopathique et en même temps l'efficacité des doses infinitésimales. Nous ne guérissons pas toutes les broncho-pneumonies, mais nous en guérissons un très grand nombre et nous sommes persuadés qu'avec ipéca et bryonia 6e dilution, pulsatilla 6e dilution, arsenic 3e trit. et carbo-vegetabilis 30e dilution, pour citer les médicaments que nous employons communément dans cette maladie, nous ne perdrions pas 15 à 20 p. 100 des broncho-pneumonies de la rougeole. Ce serait une expérience bien facile à faire.

III

Séance du 13 mars. — MM. WIDAL ET BEZANÇON lisent un mémoire très important sur la *nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques.* Ils rappellent d'abord que,

dans un travail antérieur, ils ont signalé la présence constante du streptocoque dans la bouche de 49 malades atteints d'affections diverses (angines diphthéritiques, angines pultacées, angines phlegmoneuses, angines pseudo-membraneuses non diphthéritiques, ulcérations tuberculeuses de la gorge, érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, phtisie pulmonaire, bronchite, purpura, infection puerpérale). Bien plus, le même microbe avait été rencontré dans la bouche de 20 personnes saines. « Des examens bactériologiques, récemment répétés, de bouches saines ou malades, leur ont toujours donné le même résultat. »

Récemment, M. Lemoine, dans 165 cas d'angines aiguës de causes les plus diverses, a trouvé dans tous les cas le streptocoque. Il a montré, de plus, qu'en pratiquant la ponction de l'amygdale, suivant le procédé de M. Vaillard, on peut isoler le plus souvent à l'état de pureté ce streptocoque de la profondeur même de l'amygdale. MM. Widal et Bezançon ont pratiqué cette ponction de l'amygdale chez 5 personnes saines et les cinq fois ils ont trouvé le streptocoque.

Dans les amas de smegma épithélial blanchâtre, qui s'accumulent dans les cryptes de l'amygdale, ils ont trouvé deux fois une véritable purée de streptocoques.

Il est donc absolument établi que le streptocoque habite, à l'état normal, la bouche et l'amygdale.

MM. Widal et Bezançon ont recherché s'il y avait moyen de trouver des caractères « permettant de reconnaître un streptocoque inoffensif d'un streptocoque producteur d'angine ». Ils concluent par la négative. Les caractères morphologiques, les différences de développement sur les divers milieux où il se reproduit, la manière dont il se

comporte vis à vis des divers colorants, se retrouvent aussi bien chez les streptocoques provenant d'une bouche saine que chez ceux qui proviennent de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale ou de suppuration.

Il n'y a donc pas moyen de reconnaître un streptocoque pathogène d'un streptocoque indifférent.

Ils ont recherché alors la virulence des streptocoques de diverses provenances en inoculant sous la peau de l'oreille d'un lapin 1 c.c. 1/2 d'une « culture de bouillon, vieille de deux à trois jours et prélevée sur le tube de gélose primitif vingt-quatre heures après l'ensemencement ».

Les streptocoques provenant d'érysipèle, de fièvre puerpérale, ont presque toujours produit des accidents graves (septicémie, érysipèle, abcès).

Ceux qui proviennent de la bouche d'un malade atteint de diphthérie ont donné quelquefois des résultats.

Ceux qui proviennent de la bouche saine n'ont jamais produit ni érysipèle ni septicémie; cependant par le passage dans le corps des animaux avec association d'un coli-bacille virulent, ils peuvent devenir virulents et produire l'érysipèle ou la septicémie.

MM. Widal et Bezançon concluent qu'aujourd'hui on ne peut pas se baser sur la présence de streptocoques pour distinguer nosographiquement des angines. Il y a donc lieu à reviser les angines dites à streptocoques et « à l'heure présente, les angines aiguës non diphthériques doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution ».

Nous ajouterons qu'après la discussion que nous avons rapportée dans le précédent numéro, discussion dans laquelle on a montré des angines très bénignes à bacille de Lœffler et même des observations de malades n'ayant

aucune angine et présentant le bacille de Lœffler dans la gorge, il serait juste d'étendre la conclusion de M. Widal à tous les cas d'angines à fausses membranes.

IV

Séance du 20 mars. — M. LEMOINE lit un mémoire sur le *rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications.* Il rappelle que certains auteurs ont voulu faire jouer au streptocoque le rôle de cause spécifique de la scarlatine, quelques-uns même ont été jusqu'à identifier la scarlatine et l'érysipèle; MM. d'Espine et Marignac ont cru avoir trouvé un streptocoque spécial qui serait l'agent pathogène de la scarlatine. M. Lemoine a fait des recherches bactériologiques sur le sang des scarlatineux, sur du liquide pleural et articulaire, sur les urines des scarlatineux albuminuriques. Voici le résumé de ces expériences :

Sur le sang. — Les expériences ont porté sur 35 malades : 33 au début de l'éruption et 2 atteints de scarlatine hémorrhagique mortelle. Les résultats ont toujours été négatifs pour les 33 premiers; ils ont été affirmatifs pour les deux autres; il faut faire remarquer que le sang qui a servi aux expériences dans ces deux derniers cas avait été pris au niveau de plaques hémorrhagiques.

Sur le liquide pleurétique. — Deux scarlatineux atteints de pleurésies furent ponctionnés et le liquide pleurétique contenait du streptocoque pur. L'un des épanchements était séro-purulent; le second, d'abord louche, devint purulent. Les deux malades guérirent.

Sur le liquide articulaire du genou.— Chez deux scarlatineux atteints d'arthrite du genou avec épanchement, le liquide articulaire fut examiné. Dans un cas, on trouva du streptocoque, dans l'autre les cultures restèrent stériles.

Sur l'urine albumineuse. — Sur 210 scarlatineux entrés au Val-de-Grâce en 1894-1895, 31 ont présenté une albuminurie persistante. Ces néphrites se présentent en deux groupes.

Le premier groupe débute le 6 janvier 1895; il n'existait à ce moment, dans le service spécial, aucun cas d'albuminurie, lorsqu'on y évacua un enfant de troupe tuberculeux qui avait pris la scarlatine dans un autre service. Ses urines étaient fortement albumineuses; deux jours après, ses deux voisins de lit et le malade qui occupait le lit qui lui faisait vis-à-vis, indemnes jusqu'alors, avaient des urines albumineuses, tandis que les 27 autres scarlatineux qui se trouvaient dans la salle n'étaient pas atteints.

Le second groupe ne fut atteint qu'à partir du 10 mars. Dès ce moment, presque tous les scarlatineux étaient pris d'albuminurie le deuxième ou le troisième jour après leur entrée.

M. Lemoine a examiné au point de vue bactériologique les urines de 22 scarlatineux albuminuriques et de 11 non albuminuriques. Les 22 urines albuminuriques contenaient le streptocoque; on ne le rencontrait qu'une seule fois dans les 11 urines non albuminuriques.

M. Lemoine conclut de ces recherches : 1° « Que dans la scarlatine, les complications rénales sont d'*ordre secondaire* et sont le résultat d'une *infection streptococcienne.*

« 2° Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat, le plus souvent, d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx.

« 3° Qu'à ce titre, les complications peuvent devenir le point de départ d'*accidents de même nature, pouvant se propager par voie de contagion.* »

Il résume sa pensée en disant qu'il existe dans la scar-

latine une *infection spécifique* dont l'agent est inconnu, et une *infection secondaire streptococcienne* qui commande les accidents secondaires de la scarlatine et qui, après s'être localisée dans la cavité bucco-pharyngienne, peut envahir la peau (scarlatine hémorrhagique), les séreuses (pleurésie, arthrite) et les reins (néphrite scarlatineuse).

M. Catrin, à propos de cette communication et de celle de M. Widal à la séance précédente, vient exposer son embarras en présence d'une angine à streptocoque. Devra-t-on, dans la pratique, injecter ou ne pas injecter le sérum antistreptococcique?

Il pense qu'il faut, avec M. Variot, abandonner un peu le diagnostic bactériologique des angines pour retourner à la clinique, qu'on avait un peu de tendance à délaisser.

M. Rendu trouve que, dans la discussion, on oublie un peu trop la maladie primitive pour s'attacher aux complications secondaires.

« De toutes les maladies éruptives, la scarlatine est sans contredit celle qui se complique le plus souvent de néphrite et d'albuminurie abondante et persistante. Or cette albuminurie se rencontre aussi bien à la suite de scarlatines insignifiantes au point de vue de la fièvre et de l'angine, c'est-à-dire dans les cas où il est permis de supposer que le streptocoque n'est pas beaucoup plus virulent que sur une bouche normale. Il y a même des cas nombreux où l'albuminurie est le seul signe révélateur d'une scarlatine passée inaperçue. Inversement, les angines à streptocoques très violents, puisqu'ils provoquent une fièvre énorme et une rapide suppuration péritonsillaire, ne donnent que rarement lieu à de l'albuminurie, celle-ci presque toujours passagère et sans gravité. N'y a-t-il pas une contradiction clinique entre cette

virulence du streptocoque pour la gorge et son innocuité pour le rein, en comparaison de la tenacité de la néphrite scarlatineuse dans les cas bénins dont je parlais tout à l'heure? »

M. Sevestre admet, comme M. Widal, que le diagnostic bactériologique des angines est encore aujourd'hui fort difficile, mais il ne peut partager l'opinion qui semblerait infirmer la valeur de certaines associations microbiennes et spécialement le rôle du streptocoque dans la diphthérie.

Il reste, en somme, dans les idées des bactériologistes, que les diphthéries où le bacille de Lœffler est seul sont relativement moins graves que celles où existent des associations de streptocoques et de bacilles de Lœffler.

Nous renvoyons nos lecteurs à notre compte rendu du numéro précédent où nous avons résumé les diverses opinions soutenues à la Société médicale des hôpitaux et conclu en faveur de l'importance de la clinique contre la bactériologie pure pour le diagnostic et le pronostic des angines.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Douze remèdes contre les désordres urinaires. — 1. Cantharis. — Indiqué surtout par un besoin impérieux d'uriner avec grand ténesme. L'émission a lieu goutte à goutte avec brûlement dans le canal. Indiqué surtout dans la cystite aiguë, la gravelle, l'uréthrite, le ténesme de la vessie.

II. Apis mellifica. — Quand il y a raréfaction de la sécrétion urinaire ou anurie. Urines foncées, très albumineuses. *Apis* convient à certaines formes de la maladie de Bright. L'œdème partiel ou généralisé est une indication majeure de son emploi. Envie fréquente et émission peu abondante. Irritation du col de la vessie et incontinence d'urine.

III. Apocynum cannabinum. — Son effet primitif est de produire une abondante diurèse. Il diffère d'*arsenic* et d'*apis*, en ce qu'il cause une soif inextinguible.

IV. Berberis vulgaris. — Berberis est un des principaux remèdes des troubles génito-urinaires. Il correspond surtout aux douleurs causées par les calculs rénaux. Ces douleurs descendent et s'irradient aux uretères et à la vessie. Il diffère de *pareira brava* en ce que l'urine qui l'indique est plus visqueuse. *Coccus cacti* lui ressemble par bien des côtés, mais l'urine du *coccus cacti* est foncée (1). *Berberis* est spécialement indiqué dans les troubles génito-urinaires, lorsqu'il y a beaucoup d'atonie.

V. Pareira brava. — Les symptômes sont plutôt cliniques que pathogénétiques. Il a réussi, surtout, dans la colique néphrétique. L'odeur des urines est souvent ammoniacale. Vessie irritable. Grande analogie avec *berberis*.

VI. Equisetum hyemale. — Analogue à *cantharis* avec moins de ténesme, moins d'hématurie et des urines moins brûlantes. La miction n'enlève pas la douleur de la vessie, et l'émission abondante d'urine ne diminue pas le cons-

---

(1) En France nous considérons, au contraire, des urines pâles et aqueuses comme une indication de *coccus cacti*. (J.-P. T.)

tant désir d'uriner. L'urine est peu abondante, très colorée et contient beaucoup de mucus. Il a été très employé dans l'incontinence d'urine de même qu'*eupatorium purpureum*, mais ce dernier est plus employé chez les femmes, tandis qu'*equisetum* aurait mieux réussi dans l'incontinence d'urine des enfants.

VII. Digitalis purpurea. — Sentiment de pression à la vessie. Ténesme du rectum. La douleur de la vessie est lancinante. Hypertrophie de la prostate.

VIII. Terebinthina. — L'urine de *terebinthina* est caractéristique. Elle est noire, trouble, avec sédiment ressemblant à du marc de café. L'hématurie congestive veineuse des reins sera modifiée par elle. La miction est douloureuse, il y a de la strangurie, quelquefois de l'anurie. Très indiquée chez les vieillards qui ont à la fois des troubles urinaires et bronchiques.

IX. Nux vomica. — Ce médicament a une action très marquée sur les organes urinaires, quoique sans symptômes caractéristiques. Il agit particulièrement sur la partie inférieure de la moelle et, par conséquent, à une action certaine sur l'incontinence d'urine, sur l'irritation de la vessie et du rectum. Efforts fréquents et inefficaces pour uriner, accompagnés de vives douleurs; l'urine coule goutte à goutte. Indiqué aussi dans la paresse et la paralysie de la vessie ; lorsque le malade urine par regorgement.

X. Causticum. — *Causticum* occupe une place importante dans la paralysie de la vessie. C'est un remède du pissement au lit involontaire, et de l'émission des urines en toussant (1). Un médicament dont l'usage clinique

---

(1) Je préfère *nitri acid.*, *natrum muriat.*, *et scille* (J.-P. T.).

démontre l'influence dans l'incontinence d'urine et la faiblesse musculaire de la vessie.

XI. Sepia est indiqué lorsqu'un sédiment coloré reste adhérent au vase. C'est un remède de l'incontinence nocturne des urines lorsque le malade mouille son lit dans le premier sommeil.

XII. Mercurius corrosivus. — Ce remède affecte profondément les organes génito-urinaires. Il produit un violent ténesme de la vessie, et est surtout indiqué lorsqu'il y a, avec la cystite, des symptômes d'irritation des reins. Les urines sont peu abondantes, albumineuses et sanglantes. (*Medical Century*. — *Chicago*, 1er mars 1896.)

Stannun iodatum. — Le Dr Yougman a obtenu des résultats très favorables de ce médicament, dans les inflammations chroniques du poumon simulant la phtisie. Il l'administre à la 3e trituration décimale. L'indication particulière est une expectoration très abondante. (*Homœp.-Monthly*, *January*).

Traitement homœopathique de la maladie de Bright. — *Mercurius corrosivus* est le remède le plus souvent indiqué. C'est celui que la vieille école nous a emprunté et s'est approprié sans dire : « *thank you*! ». D'ailleurs, elle l'administre empiriquement. Pour nous ses indications sont : urines troubles, miction difficile, présence d'albumine et de cellules épithéliales des tubuli rénaux. Le pouls peut être irrégulier, inégal et rapide. La peau froide, la face pâle.

Phosphorus. — C'est le remède de ceux qui ont abusé de l'alcool. La diarrhée est une indication de son emploi, ainsi que l'inflammation des poumons ou du cœur. La diathèse hémorrhagique confirme son emploi.

Apis. — Un œdème considérable devra surtout appeler notre attention de préférence sur ce remède. Langue rouge et sèche ; hydropisie des cavités séreuses ; apathie et indifférence.

Arsenicum. — Arsenic est un des remèdes importants de la maladie brightique. Urines rares, diarrhée aqueuse. Grande faiblesse, prostration rapide, troubles de l'estoma. Furoncles sanguinolents.

Terebinthina. — De même qu'*apis*, on l'emploie surtout dans les cas aigus. C'est surtout quand l'inflammation s'étend des reins à la vessie et l'urèthre, et qu'il y a hématurie avec urines rares, qu'il faudra l'employer.

Kali chloricum. — C'est un remède trop souvent oublié. Urines troubles, besoins fréquents, diurèse. Les lésions cadavériques qui suivent l'empoisonnement par le chlorate de potasse montrent toujours le rein altéré, gonflé ; les tubes de Henle et les pyramides de Malpighi sont enflammés. Le Dr Royal guérit deux cas de maladie de Bright avec la sixième dilution de ce remède.

Plumbum présente dans sa pathogénésie et sa toxicologie l'image exacte de la néphrite interstitielle. Il a produit souvent une grande amélioration dans cette forme de la maladie.

Lycopodium a quelquefois aussi arrêté les progrès de la maladie de Bright. Enfin certains médecins se sont bien trouvés de *nitri acid.*, de *ferrum phosphorium* et de *tarentula cubensis.* (Dr Georges Royal; *Iowa in Medical Century*, 1896.)

(Traduit par le Dr J.-P. Tessier.)

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DE L'ŒSOPHAGE PAR LE NITRATE D'ARGENT

La sensibilité exagérée de la muqueuse œsophagienne est chose assez fréquente chez les neurasthéniques et les hystériques. Parfois elle atteint un tel degré que les patients sont sérieusement incommodés par les sensations douloureuses, présentant en général le caractère de cuisson, qu'ils éprouvent le long de l'œsophage; en outre, la déglutition réveille à certains moments des douleurs intenses, ce qui compromet l'alimentation de ces malades le plus souvent déjà affaiblis.

Pour le traitement local de ces hyperesthésies de l'œsophage, M. le Dr Th. Rosenheim, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin, se sert volontiers de la solution ci-dessous formulée :

Nitrate d'argent. . . .	0 gr. 20 à 0 gr. 40
Eau distillée.	100 —

F. S. A. — A prendre : une demi-cuillerée à bouche 3 fois par jour dans 1/3 de verre d'eau.

Le liquide doit être dégluti entre les repas, lentement.

Dans les cas récents et légers, ce traitement est souvent suivi d'un succès rapide; si l'affection résiste au nitrate d'argent, on aura recours aux sondages méthodiques de l'œsophage. L'introduction de l'instrument est d'abord douloureuse, mais les malades s'y habituent bientôt et l'hyperesthésie ne tarde pas à s'amender.

Cependant, dans certains cas, on est obligé, pour diminuer la douleur intense que font naître les premiers cathétérismes, de se servir d'un tube mou recouvert d'une couche de beurre de cacao contenant 4 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. On fait fondre ce mélange, on l'étend sur la sonde, on attend qu'il s'y soit de nouveau solidifié, puis on procède à l'introduction de l'instrument, qu'on laisse séjourner dans l'œsophage pendant quinze à vingt minutes.

(*Semaine médicale*, 18 décembre.)

L'action du nitrate d'argent dans ce cas est certainement sous la dépendance de la loi de similitude.

CLINIQUE HOMŒOPATHIQUE

25, rue du Four Saint-Germain.

Cours public d'homœopathie

Par le Docteur Léon Simon

Le jeudi, à 9 heures du soir.

Jeudi 16 avril : La Matière médicale.
Jeudi 23 avril : La Loi des Semblables.
Jeudi 30 avril : Les Doses infinitésimales.
Jeudi 7 mai : Le Dynamisme vital.
Jeudi 21 mai : Doctrine des Maladies chroniques.
Jeudi 28 mai : Thérapeutique homœopathique.
Jeudi 4 juin : La Vie et l'Œuvre d'Hahnemann.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

[redacted]

L'ART MÉDICAL

MAI 1896

LETTRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARD SUR LA THÉRAPEUTIQUE (1).

Monsieur le Professeur,

C'est une bonne fortune qu'un mémoire de vous sur la thérapeutique générale. Nous ne sommes point habitués dans le temps présent à voir traiter d'aussi haut cette partie de la pathologie qui représente, comme vous le dites si bien en commençant votre article, « l'intérêt artistique et le rôle humanitaire de la médecine ».

---

(1) Nous avions adressé cette lettre à l'*Indépendance médicale*. Nous avions eu la naïveté d'ajouter foi à la déclaration placée en tête de ce journal et qui promet l'insertion à tous les travaux quelles que soient les doctrines qui les inspirent. C'est une illusion que nous avons perdue. Le temps de la liberté et de la véritable indépendance n'existe pas encore pour la presse médicale.

Voici la réponse que nous avons envoyé à l'*Indépendance médicale* après son refus d'insérer notre article.

A M. le Rédacteur en chef du journal l'*Indépendance médicale*.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez refusé l'insertion de ma lettre au professeur Bouchard parce que, dites-vous, c'est un article de polémique. Je ne discute pas cette opinion, mais comme je tiens à savoir si votre journal représente, comme vous l'affirmez, l'*indépendance*

Si nous abordons avec vous, et à propos de votre travail, cet important problème de la thérapeutique générale, ce n'est pas seulement, croyez-le bien, pour avoir le plaisir de louer une œuvre utile, mais pour rechercher comment votre conception de la *thérapeutique pathogénique* se rattache à deux grandes doctrines, celle d'Hippocrate et celle de Hahnemann.

Dans votre livre sur les microbes pathogènes vous dites expressément que le phagocytisme est l'une des manifestations de la *nature médicatrice*, l'un des modes de l'effort naturel préservateur et curateur.

Aujourd'hui, votre définition de la *pathogénie* rappelle tout à fait la conception de la maladie telle que l'enseigne l'école hippocratique : *action et réaction*.

« La pathogénie », dites-vous, « nous révèle le mode d'*action* de la cause morbifique et la *réaction* de l'organisme contre cette cause, ce qui est proprement la maladie. »

Ainsi, comme Hippocrate, vous admettez que la maladie est essentiellement constituée par la réaction de l'organisme contre une cause morbide. Comme lui, vous enseignez que c'est la nature qui guérit, *natura medicatrix*, et quand vous ajoutez avec juste raison que la nature a quelquefois besoin d'être aidée et dirigée, vous

---

et la liberté des doctrines médicales, je vous propose de faire un article sur l'état actuel de l'homœopathie.

Cet article sera court et nullement agressif. Si vous refusez cette insertion ou si vous ne me répondez pas, je serai en droit de considérer votre silence comme un désaveu des principes que vous affichez en tête de votre journal.

Agréez, M. le rédacteur, etc.

Dr P. JOUSSET.

traduisez encore Hippocrate qui a dit : *Medicus magister et interpres*. C'est le médecin qui interprète et guide la nature dans la cure des maladies. Ne croyez pas, Monsieur le Professeur, qu'en rattachant votre enseignement aux sources hippocratiques je veuille en rien le rabaisser. Vous savez, comme moi, et Hippocrate l'a dit encore avant nous deux : une vérité ne vaut que par son ancienneté. Et celles qu'Hippocrate nous a léguées, il les avait déjà empruntées à l'*ancienne médecine*. Rattacher votre enseignement à la tradition, c'est lui donner une plus grande autorité.

Après avoir montré que la nature a le grand rôle dans la guérison du malade, vous craignez d'avoir trop humilié l'art de guérir et vous ajoutez ces quelques lignes que je me plais à citer :

« Ce que je dis n'a pas pour but d'inspirer au médecin des sentiments de modestie ni de diminuer sa confiance dans la puissance de son art. Quand un médecin connaît dans son exiguïté la science telle qu'elle est au jour présent ; quand il sait ce qui est établi sur les origines et sur l'enchaînement des actes qui se déroulent au cours de la maladie et qui conduisent vers la guérison ou qui sont capables de détourner de ce but ; quand il a en main les moyens qui peuvent favoriser les actes naturels utiles, au cas où ils paraîtraient défaillants, et les moyens qui restreignent les actions fâcheuses; quand il fait avec discernement, opportunité et discrétion l'application des moyens que l'art lui fournit aux indications que la science lui fait découvrir; quand, dans le silence de la science encore insuffisante, il attend dans une vigilante expectation qu'une indication surgisse ; quand, pressé d'agir par l'imminence du danger, il s'inspire, sans la comprendre,

de la pratique de ses devanciers et se résout, faute de mieux, à appliquer les moyens empiriques recommandés par l'expérience des siècles ; quand à défaut de guérison il apporte au moins le soulagement et le calme moral, alors ce médecin a fait tout son devoir. Sans orgueil comme sans humilité, il a été ce qu'il devait être : le serviteur de la nature, et il pourra, vers le soir, s'endormir tranquille dans un repos bien gagné. »

Action de la cause morbifique, réaction de l'organisme contre cette cause, telle est votre conception de la maladie.

Les hippocratistes et en particulier l'école de Montpellier ont exagéré cette définition et pour eux la maladie est devenue une *fonction*. C'est là l'exagération d'une vérité et par conséquent une erreur.

Vous n'êtes pas tombé dans cette exagération, Monsieur le Professeur ; je dirai plus, vous avez compris qu'il y avait autre chose dans la maladie que l'action de la cause et la réaction de l'organisme. Vous avez remarqué avec un grand sens pratique que les enfants qui présentaient des convulsions à propos d'une piqûre d'épingle ou de vers intestinaux, étaient sinon « toujours des épileptiques, au moins des individus prédisposés, dégénérés, voués à des manifestations nerveuses maladives ». Il n'y a donc pas ici seulement action d'une cause irritante et réaction de l'organisme contre cette cause. Il y a autre chose, je dirai il y a, au-dessus et avant, ce que vous appelez fort judicieusement une *disposition morbide*.

La disposition morbide, c'est là, véritablement, le nœud de l'étiologie. Cette disposition morbide varie avec les individus dans la même espèce, puisque c'est sur un petit nombre seulement que l'irritation causée par les vers intestinaux produit des convulsions.

Si nous étendons la question, nous verrons que cette loi de la *disposition morbide* se retrouve dans toutes les maladies. Voici un corps d'armée qui s'avance dans les steppes de la Tunisie, tous les hommes sont soumis aux mêmes fatigues, aux mêmes influences débilitantes de la chaleur. Tous boivent des eaux plus ou moins impures et cependant ceux-là seuls qui possèdent la disposition morbide contractent la fièvre typhoïde.

L'exemple de la pustule maligne traitée avec succès suivant l'indication de Davenne par des injections d'une solution d'iode dans l'eau salée tandis que ce même traitement demeure impuissant chez les animaux, nous montre que la disposition morbide varie avec les espèces animales.

J.-P. Tessier, qui fut certainement un *grand maître* vers le milieu de ce siècle, a formulé trois lois qui résument très exactement les faits sur lesquels vous appuyez votre thèse de la pathogénie morbide.

I. — Les maladies reconnaissent toujours pour cause une prédisposition définie.

II. — Cette prédisposition varie avec les individus dans une même espèce.

III. — Cette prédisposition change avec les espèces animales.

Ainsi donc, la maladie est le produit d'une cause et d'une réaction de l'organisme régie par une disposition morbide. Et la thérapeutique pathogénique précisément consiste à étudier la succession des phénomènes réactionnels pendant toute la durée de la maladie et à discerner ceux de ses actes qui mettent l'organisme à l'abri de la cause, préparent et accomplissent la guérison ;

elle doit encore ce préoccuper des circonstances qui empêchent la guérison et conduisent à la mort.

On voit par là que la thérapeutique pathogénique n'est pas, comme on l'a dit à tort, la thérapeutique *étiologique*, puisque celle-ci consiste simplement dans la destruction de la cause ; tandis que la première se compose d'indications multiples nées de la connaissance du processus morbide.

Appliquons maintenant ces principes généraux à l'étude du traitement des maladies en particulier. Le rôle de la thérapeutique pathogénique est, dites-vous, « d'intervenir quand la guérison ne survient pas naturellement ». Dans les cas où la maladie évolue de telle façon qu'elle doit arriver nécessairement à la guérison, le médecin doit se borner à une expectation attentive.

« Si, dans la période d'augment d'une maladie, les humeurs ne sont encore ni bactéricides ni antitoxiques, il y a place pour les médicaments bactéricides ou antiseptiques, et pour les médicaments antitoxiques, pour ceux qui peuvent augmenter l'énergie du système nerveux surtout dans son action vaso-dilatatrice », afin que les cellules lymphatiques puissent être sécrétées abondamment et la phagocytose développer toute son énergie.

Ainsi, antiseptiques, antitoxiques, ces derniers étant puisés principalement dans le sérum des animaux immunisés, et enfin médicaments augmentant l'énergie du système nerveux vaso-dilatateur, tels sont les éléments principaux de la pathogénie thérapeutique.

La clinique nous contraint de retrancher de cet arsenal les antiseptiques qui sont absolument inapplicables aux maladies de causes internes, une fois développées. Oui, l'antiseptie ou plutôt l'aseptie chirurgicale est une

thérapeutique puissante parce qu'elle empêche l'introduction dans l'économie des microbes de la suppuration. Mais une fois la maladie purulente développée l'antiseptie est nulle comme elle est nulle pour combattre les maladies internes. Tous les travaux récents confirment notre manière de voir et l'antiseptie médicale a fait son temps. M. Le Gendre, tout récemment encore, regardait cette méthode comme inapplicable au traitement de la broncho-pneumonie des enfants. Et depuis que, dans le traitement de la diphtérie, on a renoncé à l'extraction barbare des fausses membranes, répétée chaque heure, et aux badigeonnages antiseptiques pour se borner au traitement si simple du sérum de Roux, la mortalité pour cette maladie a diminué de plus des trois quarts.

Mais malheureusement les sérums curatifs sont encore bien rares aujourd'hui et c'est là une thérapeutique d'avenir ; pour le présent, il ne nous reste qu'une chose à faire, agir sur l'organisme de manière à développer à son summum la force médicatrice ; mais comment le médecin peut-il rendre les humeurs bactéricides (en dehors de la sérumthérapie) et comment peut-il exciter la phagocytose ?

Nous croyons qu'à l'heure actuelle, il n'existe point de réponse ferme à ces deux questions.

S'il n'existe point encore de solution à ce problème de thérapeutique, peut-être trouverons-nous dans d'autres considérations une voie ouverte à une réponse.

L'étude expérimentale de l'action des médicaments sur l'homme sain nous enseigne deux faits : le médicament modifie l'organisme et l'organisme réagit contre cette modification, comme nous avons vu plus haut la cause morbide agir sur l'organisme et y provoquer une réaction.

Dans l'un et l'autre cas, il y a deux termes, action et réaction. Si nous ajoutons que le médicament est, comme la cause morbide, soumis à la disposition de l'organisme, en sorte que l'action médicamenteuse varie chez les individus d'une même espèce et surtout sur les espèces différentes ; que dans l'espèce humaine tous les individus ne subissent pas de la même manière l'action de l'opium ou de la belladone ; que la belladone et le tabac, qui sont des poisons pour les carnivores, sont mangés impunément par les herbivores, ne serons-nous pas autorisé à considérer comme très analogue la maladie médicamenteuse et la maladie ordinaire. J'ajoute que la ressemblance est dans certains cas tellement grande que de grands médecins s'y sont trompés ; l'empoisonnement par l'arsenic a été confondu avec le choléra (Dr Louis, affaire Praslin).

Si dans les empoisonnements la phagocytose devient sans objet et est remplacée par l'évacuation du poison, ne se produit-il pas dans les humeurs un état non pas bactéricide, puisqu'il n'y a pas de bactéries, mais *antitoxique*, et n'est-ce pas ce qui explique l'*accoutumance* au poison ?

La *maladie médicamenteuse* est donc comparable à la maladie ordinaire, quant à sa pathogénie. Eh bien ! ceci posé, serait-il absurde de croire qu'un médicament puisse guérir une maladie analogue à celle qu'il produit, que, comme l'a dit Hippocrate : *ce qui produit la strangurie quand elle n'existe pas guérit la strangurie*, de même la toux, de même le vomissement (t. VI, p. 335) ?

Dans le livre des épidémies, Hippocrate revient sur la même idée ; il rapporte une observation type de choléra grave guéri par hellébore (veratrum album), c'est-à-dire par un médicament dont les symptômes toxiques produisent un tableau complet du choléra. Et ceci établi, ne

sommes-nous pas conduits à admettre que la loi *similia similibus curantur*, formulée par Hippocrate et acceptée aujourd'hui par toute une école de thérapeutistes est une règle féconde d'indications. Les nombreux faits cliniques contenus dans la tradition médicale et ceux dont nous sommes témoins tous les jours nous portent à croire que là est la vérité médicale et la vraie thérapeutique pathogénique qui repose à la fois sur la pathogénie de la maladie et sur la pathogénie du médicament.

Dr P. Jousset,
médecin de l'hôpital Saint-Jacques.

MATIÈRE MÉDICALE ET EXPÉRIMENTALE

EXPÉRIMENTATIONS SUR LA BRYONE

(*Travail du Laboratoire de l'hôpital St-Jacques*).

En reprenant à nouveau les expériences des médicaments sur les animaux nous croyons devoir reproduire la phrase suivante empruntée à un mémoire de notre ami Curie, publié dans le *Bulletin de la Société homœopatique*, en 1867 :

« Si un besoin se fait sentir en homœopathie, je crois pouvoir dire que c'est celui de voir régner de l'ordre et de la précision dans les matériaux, plus nombreux que choisis, qui composent nos matières médicales » (p. 157).

Pour compléter ma pensée j'ajouterai au désir formulé par Curie celui de faire disparaître de la matière médicale expérimentale des erreurs qui se sont propagées jusqu'à nous ; erreurs qui tiennent non seulement au dé-

faut d'habitude de ces sortes de travaux chez un certain nombre de nos confrères, mais, peut-être plus encore, au désir de retrouver dans les expériences sur les animaux des symptômes et des lésions propres à confirmer les indications de la thérapeutique homœopathique.

Nous nous sommes efforcés d'éviter ces deux inconvénients et si, dans nos expérimentations sur la bryone, nous n'avons retrouvé ni l'hépatisation pulmonaire ni l'inflammation diphtéritique du larynx signalée par différents auteurs, nous n'affirmerons pas que ces lésions n'ont pas été quelquefois produites par la bryone, mais nous déclarerons que, pour notre part, nous n'avons rien obtenu de semblable. Nous pensons que la production de fausses membranes dans la gorge tient au mode d'administration de la bryone. Cette substance extrêmement irritante administrée par la bouche a pu produire une inflammation pseudo-membraneuse analogue a celle due à l'action des cantharides, tandis qu'administrée en injection elle est restée sans action sur la gorge et le larynx.

Quant aux hépatisations, peut-être en variant le mode d'administration et les doses du médicament, arriverait-on à produire ces lésions.

I. — *Expériences avec de l'extrait alcoolique de Bryone.*

Dans une première série nous nous sommes servis d'un extrait alcoolique de bryone, redissous dans la glycérine; 1 gramme de cet extrait représente 5 grammes de la teinture-mère de bryone. Deux cobayes et un lapin ont servi à cette expérimentation; le premier cobaye a reçu d'abord 1/10 de centimètre cube, puis successivement 2/10, 4/10, 4/10 encore, 6/10, puis 1 centimètre cube, repos un jour, puis deux jours de suite 2 centimètres

cubes. Total 6 centimètres cubes 3/10 et représentant 30 centimètres cubes de la teinture-mère de bryone.

Avec les doses inférieures à 1 centimètre cube employées les premières, la température du cobaye s'est élevée successivement de 37°,8 à 39°,5. Avec 1 centimètre elle s'est abaissée à 37°,2 pour se relever les jours suivants à 39° et 38°,8.

La dose de 2 centimètres a amené une descente considérable de la chaleur, 34°,2, suivie d'une réaction à 38° et 38°,6 ; la seconde dose de 2 centimètres a amené la mort avec un refroidissement au-dessous de 34°.

Les autres symptômes ont été la perte de l'appétit, une diarrhée séreuse abondante et un grand amaigrissement. La mort est arrivée le douzième jour. A l'autopsie nous n'avons trouvé aucune lésion. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle.

Cobaye n° 2. — Chez cet animal les doses ont été plus fortes. Nous avons débuté par 1 centimètre cube le premier et le troisième jour; le quatrième jour 2 centimètres cubes; le sixième, le septième et le neuvième également 2 centimètres cubes, et le dixième jour 3 centimètres cubes. Le cobaye est mort le lendemain dans le collapsus et le refroidissement. Elévation de la température à 39°,2 par 1 centimètre. La température reste aux environs de 38° à 38°.5 par 2 centimètres. Après 3 centimètres, elle tombe à 35° et remonte à 36°,2 le lendemain et sans aucune autre nouvelle dose du médicament retombe au-dessous de 35° et l'animal meurt. Son poids a diminué de 480 grammes à 340 grammes. Il y a eu de la diarrhée et de la perte d'appétit. Le poumon gauche était congestionné. Ce cobaye avait absorbé 13 centi-

mètres cubes de la solution à la glycérine, c'est-à dire environ 65 centimètres cubes de teinture-mère.

Expérience sur un lapin. — Premier jour, 2/10 de centimètre cube. Le second jour 4/10, le troisième jour 8/10; les quatrième et cinquième jours, 1 centimètre cube. Pendant tout ce temps, la température à été très élevée entre 39° et 39°,6.

Le sixième jour, 2 centimètres cubes, la température baisse à 35°. Le lendemain pas d'injection, la température remonte à 39°,5. Le huitième jour et le dixième, de nouveau 2 centimètres cubes. Collapsus. Température au dessous de 35° et mort.

La diarrhée et la perte d'appétit ont été les symptômes comme chez les cobayes. A l'autopsie, épanchement dans le péritoine mais peut-être dû à la pénétration d'une piqûre. Inflammation de la peau et du tissu sous-jacent aux endroits piqués. La muqueuse intestinale est très pâle. Le poumon gauche présente deux nodules de congestion, rien dans la trachée ni les bronches.

Il résulte de ces trois expériences que les doses modérées de bryone élèvent la température de 1° à 1° 1/2; qu'habituellement le tracé ne présente pas de grandes oscillations; que les doses toxiques produisent un abaissement de 3° et 4° de température; que si on suspend l'administration du médicament il se produit une réaction plus ou moins forte, suivie d'un nouvel abaissement et de mort.

Une diarrhée séreuse abondante, la perte de l'appétit, un grand amaigrissement ont été notés dans tous les cas.

Deux fois on a constaté une congestion du poumon gauche, et un épanchement dans le péritoine que nous

avons cru, peut-être à tort, être produit par la pénétration directe de l'injection.

II. — *Série d'expériences avec de l'extrait aqueux glycériné de bryone sur deux cobayes et un chien.*

Chez le premier cobaye, les deux premiers jours injection d'un demi-centimètre et la température ne s'est pas élevée. Le troisième jour, on injecte 1 centimètre, la température s'élève de 37°,4 à 38°,8. Le lendemain la température était redescendue à 37° et le cobaye est mort.

Ce cobaye mort prématurément, présentait un large décollement de la paroi thoracique là où les injections avaient pénétré. Le tissu musculaire était extrêmement ramolli et cette région exhalait une odeur de gangrène insupportable. La plèvre était le siège d'un très petit épanchement et le poumon était congestionné.

Nous ne pouvons nous expliquer la mort rapide de ce cobaye et l'énorme lésion qui siégeait dans la paroi thoracique.

2° *Cobaye*. — Le premier et le deuxième jour, injection d'un demi-centimètre, la température oscille de 38°,5 à 39°.

Le troisième jour, injection de 1 centimètre. Ascension de la température à 39°,9. Le lendemain, elle redescend à 38°,5. Le quatrième jour; pas d'injection, la tempé- reste à 38° matin et soir. Les cinquième, sixième, septième et huitième jour le cobaye reçoit un demi centimètre. Le premier jour de la reprise de l'injection, température à 39°,9 qui descend en échelons jusqu'à 38°,7 le huitième jour. A partir du neuvième jour, le cobaye reçoit 1 centimètre ainsi que le dixième jour. Le onzième,

repos. Le treizième jour, 1 centimètre. Le lendemain, mort.

Le premier jour de la dose de 1 centimètre, la température est remontée à 39°,5. Ensuite, elle est redescendue en échelons jusqu'à 38°.

Le onzième jour où le cobaye n'a pas reçu d'injection la température est restée à 38°,5 le matin et 38°,5 le soir.

Signalons encore que le sixième jour, alors que le cobaye ne recevait qu'une demi-injection, la température est descendue à 36° le soir, et le lendemain matin elle était remontée à 39°.

Ce cobaye a présenté de la dyspnée, le huitième jour il avait déjà 104 respirations. Le neuvième jour, alors qu'on a commencé à injecter 1 centimètre, ce cobaye a présenté 120 respirations par minute, les jours suivants, 116, 112 et le jour de la mort 108 respirations.

Ce cobaye n'a pas présenté de diarrhée et a presque toujours mangé. Cependant il a beaucoup maigri.

A l'autopsie on a trouvé un liquide séreux, jaune citrin, abondant dans les plèvres, en particulier du côté gauche ; épanchement abondant du même liquide dans le péricarde et le péritoine. Les lobes supérieurs du poumon étaient congestionnés et nageaient entre deux eaux.

Le liquide des épanchements examiné au microscope n'a présenté aucun microbe. On y remarquait quelques stries de fibrine. Nous avons ensemencé plusieurs tubes de bouillon avec ce liquide; placé à l'étuve, ce bouillon est demeuré stérile.

Expérience sur un jeune chien.

Cet animal a reçu d'abord chaque matin, les 28, 29 et 30 mars, un demi-centimètre d'extrait aqueux de bryone

dissous dans la glycérine. Sous l'influence de ces injections, la température s'éleva de 38°; température normale du chien à 39°,5 et 39°8 le soir; le matin, la température descendait de quelques dixièmes de degré.

Le 31 mars, on injecta 1 centimètre cube.

Le 1er avril, le 2 et le 3 on injecta 1 c.c. 1/2, le 4, 2 centimètres. Avec ces nouvelles doses, le mouvement fébrile augmenta et le premier jour s'éleva à 42°,2. Les jours suivants, la température descendit à 39°,2 et 39°,5 pour remonter à 40° avec les 2 centimètres cubes du 4 avril. Le caractère de ce mouvement fébrile fut de présenter de grandes oscillations, la température descendant le matin à 38°,2. Pendant ce temps, la respiration s'accéléra de 34 à 40 par minutes et le pouls de 132 à 136. C'est aussi à ce moment que se manifestèrent des frissons peu de temps après l'injection; ils duraient de trois à quatre heures. L'appétit diminua beaucoup, la soif augmenta. Il eut la diarrhée une seule fois.

Le 5, il n'y eut pas d'injection et cependant le mouvement fébrile fut le même.

Le 6, le 7 et le 8 on reprend l'injection à la dose de 2 centimètres. Température 40° le soir, 38° et 38°,5 le matin. Mêmes phénomènes, du reste.

A partir du 9, nous remplaçons l'extrait aqueux par l'extrait alcoolique. D'abord 1 cent. 1/2 le 8 et le 9; 2 centimètres matin et soir le 10 et le 11 ; avec cette forte dose la température du soir s'élève à 41°,2 et celle du matin ne descend pas au-dessous de 39°. La respiration est à 40 et le pouls à 128. Les frissons ont une durée de quatre heures et demie.

Le 12 et le 13, on suspend les injections. La température reste entre 39° et 39°,5.

Les 14, 15, 16, on reprend les 2 injections quotidiennes de 2 centimètres cubes chacune. La température s'élève au-dessus de 40° et une diarrhée séreuse très abondante s'établit, et se continuera jusqu'à la mort du chien.

Le 17, repos. La température redescend à 38°.

Le 18, on reprend les injections bi quotidiennes de 2 centimètres; la température remonte à 40°,1.

Ajoutons que depuis huit ou dix jours des abcès se sont formés au niveau des piqûres, quoique celles-ci soient faites avec une entière asepsie.

Le chien maigrit considérablement, il ne boit ni ne mange. Un des abcès s'est ouvert. Nous tuons le chien avec deux gouttes de nicotine. Il y avait vingt-trois jours que cette expérience durait.

Résumé des symptômes. — Chez le chien comme chez le cobaye, la bryone produit donc un mouvement fébrile rémittent, même quand on fait une injection matin et soir. La diarrhée paraît être un phénomène constant (surtout avec l'extrait alcoolique) ; elle est séreuse et extrêmement abondante. Nous remarquons que chez le chien, animal qui vomit facilement, la bryone n'a pas produit de vomissements.

Chez le chien des frissons très caractérisés, très longs ont constamment marqué le début du redoublement fébrile. Chez un de nos cobayes l'injection de bryone semble avoir déterminé la gangrène du tissu musculaire en contact avec le liquide de l'injection. Chez le chien, la bryone a déterminé des abcès dont le pus était épais, rougeâtre, *sans bacille*, comme nous nous en sommes assurés par l'examen microscopique et par des cultures sur bouillon restées stériles.

Autopsie du chien. — Ce chien n'a présenté aucune lé-

sion. Il n'y avait ni pleurésie, ni ascite. Les lobes postérieurs du poumon étaient congestionnés.

La trachée-artère et le larynx examinés avec soin ne présentaient aucune lésion ; la membrane muqueuse était absolument blanche.

Résumé de nos expériences. — De ces expériences nous pouvons conclure que la bryone produit chez les animaux un mouvement fébrile, une diarrhée sereuse et, chez le chien, des abcès. Comme lésions, nous avons trouvé une seule fois chez un cobaye un épanchement fibrineux dans les plèvres, le péricarde et le péritoine. Toujours de la congestion pulmonaire limitée à un lobe ou à une portion de lobe, mais jamais d'hépatisation. Nous n'avons pas retrouvé non plus les lésions du larynx signalées par Curie.

1° *Mouvement fébrile.* — Le mouvement fébrile a été constant; la bryone est donc un médicament « *fébrigène* ». Le mouvement fébrile est rémittent, surtout quand les injections n'ont lieu que le matin. Chez le cobaye, des doses moyennes élèvent la température ; des doses très fortes amènent un collapsus mortel. Chez le chien, ce dernier phénomène ne s'est pas manifesté.

Mais en revanche, le mouvement fébrile produit par la bryone chez le chien, s'est toujours accompagné de frissons caractéristiques.

2° *Diarrhée séreuse.* — Elle était constante avec l'extrait alcoolique ; elle a toujours présenté les mêmes caractères : diarrhée pâle, très abondante et très liquide.

Quant aux lésions, elles ont eu pour caractère *d'être toujours dépourvues de microbes.*

Nos expériences démontrent l'erreur qui considère la bryone comme pouvant produire une diphtérie expéri-

mentale. Si le Dr Curie a produit des fausses membranes chez le chat, c'est qu'il faisait avaler la bryone aux animaux et que le contact de ce médicament, qui jouit de propriétés très irritantes, a produit une inflammation pseudo-membraneuse.

A ce propos, nous devons relever une *légèreté* de Fonssagrives, dans son article *Bryone* du Dictionnaire encyclopédique. Il parle des expériences de Curie, sans les avoir lues, car il prétend que ce médecin employait des *doses homœopathiques* dans ses expérimentations sur les animaux ; or, Curie ne croyait pas aux doses homœopathiques. Il ne les prescrivait même pas aux malades. C'est donc un comble de dire que ces expériences ont été faites avec ces doses ; elles ont été faites avec des *doses fortes* de bryone.

Nous ajouterons encore deux remarques : la première, c'est que les actions des médicaments varient avec les espèces animales ; la seconde, c'est que la voie d'introduction de la substance toxique fait varier son action. Ainsi, dans les empoisonnements par la bryone, dans l'espèce humaine, on note la fréquence des vomissements. Dans nos expériences, ce symptôme n'a jamais été noté. Je ne parle pas des lapins et des cobayes qui ne vomissent pas, mais du chien qui vomit si facilement.

Quant à la différence d'action, suivant les espèces animales, je tiens à remarquer que les cobayes et les lapins étaient beaucoup plus sensibles que le chien aux fortes doses qui produisaient chez eux un abaissement de température très prononcé. Enfin, chez aucun de nos animaux nous n'avons observé l'état tétanique de l'empoisonnement par la bryone.

Je dois remarquer encore que l'extrait aqueux que

nous avons employé a été fait avec de la racine de bryone récoltée en hiver et qui, peut-être, ne jouissait pas d'une grande activité. Cette préparation, tout en étant fébrigène, n'a pas déterminé chez le cobaye un collapsus comparable à celui produit par l'extrait alcoolique, non plus que la diarrhée séreuse, ni la perte complète d'appétit déterminées par ce même extrait alcoolique. Par contre, c'est avec cet extrait aqueux que nous avons obtenu des épanchements fibrineux dans toutes les séreuses.

Dr P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

NEUVIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Traitement de la tuberculose parles injections de tuberculine non-phlogogène. — Mode de préparation de cette tuberculine. — Observation de phtisie sans fièvre. — Grande amélioration générale, disparition des bacilles depuis trois mois. — Observation de phtisie avec fièvre; aucun résultat des injections. — Lupus et tuberculose de la sphère génitale. — Résultats fort incomplets. — Abcès froids sans bacille. — L'injection de tuberculine n'agit que sur l'affection bacillaire. — Pneumonie avec bacille de Lœffler. — Asystolie ; injection sous cutanée de digitaline. — Guérison.

Nous voulons vous entretenir aujourd'hui des essais que nous avons faits, pendant les trois mois de notre service, sur le traitement de la tuberculose, par les injections de la *tuberculine non phlogogène*.

Le désarroi de la thérapeutique antiseptique dans le traitement de la phtisie est devenu évident, même pour les esprits les plus prévenus. La discussion récente à la

Société de médecine des hôpitaux, sur les indications et les contre-indications des injections de créosote dans la tuberculose, est un bel exemple de la désorientation thérapeutique née des doctrines modernes. La seule conclusion qu'on puisse tirer de cette discussion, c'est que la créosote agit peut-être comme antiseptique général et comme anticatarrhale, mais que dans tous les cas la créosote ne peut-être considérée comme un agent spécifique capable de détruire le bacille de Koch.

Pour nous l'orientation de la thérapeutique dans la tuberculose est dans la recherche de ce qu'on appelle aujourd'hui *un vaccin*, c'est-à-dire d'une substance qui agisse homœopathiquement sur la maladie. S'il est incontestable que la rage guérisse la rage, que la diphtérie guérisse la diphtérie, que le tétanos et le charbon vaccinent contre le tétanos et le charbon, il est logique de chercher dans le tubercule lui-même une arme pour le détruire. Nous connaissons les insuccès de Koch, nous savons que, expérimentalement, la lymphe si imprudemment lancée par le médecin prussien ne produit aucun résultat à doses très atténuées et tue à doses fortes; nous avons pensé que la *tuberculine de Koch* pourrait fournir un agent exempt de danger pour les malades et cependant pouvant modifier heureusement leur état pathologique : c'est ce produit que nous avons employé.

Voici comment nous préparons la tuberculine non phlogogène.

Après trois ensemencements successifs sur sérum, on prend une particule de la culture qu'on sème dans du bouillon glycériné à 5 p. 100. Après un mois ou cinq semaines, quand la culture est bien développée, on évapore le bouillon au bain-marie et on le réduit au

dixième. On filtre sur papier et on a la *tuberculine brute de Koch*.

On verse la tuberculine brute, goutte à goutte, dans de l'alcool à 70°. Il se forme alors un précipité blanc qui est la *tuberculine non phlogogène ;* le *principe phlogogène* reste en solution dans l'alcool. On reprend le précipité blanc par de l'eau et on le précipite à nouveau par l'alcool à 60°.

Nous faisons une première trituration au centième avec cette substance. De cette trituration nous prenons 0 centigr. 50, c'est-à-dire 5 milligrammes de la substance que nous faisons dissoudre dans 5 grammes d'eau stérilisée ; suivant les cas, nous injectons 50 centigrammes, 1 ou 2 grammes de cette préparation, c'est-à-dire 1/2 milligramme, 1 milligramme ou 2 de la substance active.

Jusqu'à présent nous avons injecté les plus petites doses, c'est-à-dire 1/2 milligramme, aux tuberculeux fébricitants, 1 milligramme aux phtisiques sans fièvre et 2 milligrammes aux malades porteurs de tubercules non viscéraux et apyrétiques.

Nous ne prétendons pas avoir donné une règle absolue pour la fixation des doses. Nous disons ce que nous avons fait en attendant que la clinique confirme ou infirme notre posologie. Avec ces doses, nous avons obtenu quelques modifications heureuses de la tuberculose et jamais aucun accident.

Une seconde question tout aussi importante que la première est celle de la répétition des doses. Nous ne pouvons encore sur ce point donner de règles absolues.

Pour les tuberculeux sans fièvre nous avons espacé les injections de six à dix jours, les rapprochant quand la

toux et l'expectoration, après avoir diminué sous l'influence du médicament, s'aggravaient de nouveau et indiquaient ainsi que l'action thérapeutique était épuisée.

Pour les tuberculeux avec fièvre, le mouvement fébrile nous a servi à déterminer le moment des injections. Si après une injection le mouvement fébrile augmente, nous nous gardons bien de renouveler ce moyen thérapeutique avant que la courbe thermique ne soit redescendue au degré qu'elle occupait avant notre intervention.

Si, au contraire, la fièvre diminue après l'injection, nous n'intervenons que lorsque la courbe tend de nouveau à s'élever, quel que soit le nombre de jours qui s'écoulent entre ces modifications.

On voit par ce qui précède que la répétition des doses doit être soumise pour les injections de tuberculine aux mêmes règles que la répétition des doses pour tous les médicaments. Quand une modification dans l'état du malade a été produite, que ce soit en bien, que ce soit en mal, nous la laissons évoluer et nous nous gardons bien d'intervenir et de troubler la marche du processus thérapeutique.

Faire une injection tous les jours, ou après un certain nombre de jours déterminés sans aucune raison, c'est faire de la thérapeutique systématique, c'est agir comme si on croyait que le médicament est un antidote de la maladie, tandis qu'il n'est qu'un modificateur qui aide l'organisme à se guérir lui-même.

Observation de phtisie traitée par les injections de tuberculine non phlogogène.

T... (Anatole), âgé de 19 ans, fils d'une mère morte tuberculeuse à 35 ans, d'un père resté bien portant et re-

marié et actuellement âgé de 52 ans, a eu deux frères et deux sœurs; les deux sœurs bien portantes, un frère mort à 8 ans d'accident, un autre mort poitrinaire en juin 1895. Il était âgé de 24 ans.

Très bien portant jusqu'en juillet 1895, T... (Anatole) commença à tousser et à dépérir après un refroidissement. Ce malade entre à l'hôpital le 12 octobre 1895. Il toussait beaucoup et présentait aux deux sommets, mais surtout à droite, de la matité, de gros râles humides, un retentissement de la voie approchant de la pectoriloquie; en un mot, des signes cavitaires bien accusés au niveau du poumon droit ; la toux était incessante, quinteuse, grasse. Chaque jour il emplissait un crachoir d'expectoration puriforme mélangée à des mucosités plus ou moins aérées. L'examen microscopique permît de constater de très nombreux bacilles de Koch.

Le malade n'avait pas de fièvre, il avait très bon appétit, cependant il maigrissait.

Le 14 octobre, il pesait 116; le 29, 110, et 113 à la fin de novembre.

Ce malade portait au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure droite un petit abcès dentaire à marche très chronique.

Ce malade, couché au lit n° 4 de la salle commune, fut soumis à différents traitements, principalement à la teinture-mère de Drosera, sans grand résultat.

Le 6 décembre, on fait à ce malade une première injection de 1 milligramme de tuberculine non phlogogène, le soir, légère réaction fébrile, la température monte à 38°.

Le lendemain, l'apyrexie se rétablit.

Le troisième jour après la piqûre, la toux a diminué et

l'expectoration jusque-là très abondante est réduite des deux tiers.

Le 12 décembre, le poids est à 116; il a augmenté.

Le 14 décembre, seconde injection de la même quantité de tuberculine sans aucune réaction.

Les jours suivants, l'expectoration est fort réduite, les râles humides ont diminué; le poids du corps reste à 116.

3me et 4me injections le 21 et le 28 décembre qui sont du reste continuées tous les huit jours. Le malade va mieux. Le poids s'élève le 13 janvier à 120 livres.

L'examen des crachats fait à plusieurs reprises depuis la mi-janvier, démontre la disparition des bacilles de Koch. Un cobaye inoculé avec les crachats du malade est resté indemne. Sacrifié au bout d'un mois, il ne présentait pas de tubercules.

A ce moment, le malade présente une nouvelle complication. C'est une douleur vive à la partie interne du genou gauche. Cette douleur le force à rester au lit et la région est le siège d'un empâtement manifeste. Un abcès qui est ouvert largement, s'était formé dans le tissu conjonctif périarticulaire.

Cet abcès pansé avec l'iodoforme ne présente aucune tendance à la cicatrisation. Il est le siège d'une suppuration abondante, les bords gonflés, boursoufflés, restent grisâtres et saignent facilement. C'est un type d'abcès dit scrofuleux ; un pansement avec la pommade iodée au 1/10 modifie heureusement la marche de cet abcès qui maintenant se rétrécit chaque jour.

Le pus de cet abcès fréquemment examiné n'a jamais présenté de bacilles de Koch; inoculé à un cobaye après avoir été pansé simplement pendant 24 heures, afin qu'il

ne puisse être modifié par un antiseptique, ce pus reste sans effet. C'est donc un abcès non bacillaire.

Cette complication a empêché le malade de se lever et a amené un certain degré d'amaigrissement. Le 1er avril, il pesait seulement 108 livres.

L'expectoration est restée peu abondante et continue à ne pas présenter de bacilles. L'auscultation permet de reconnaître à droite des signes cavitaires, mais sans râles humides.

Nous devons noter que les piqûres sont habituellement suivies d une très légère élévation de température, 37°5, 37°6, 37°8, et par exception le 3 mars, le soir de l'injection, la température s'est élevée à 38°6.

Le 20 avril, ce malade ayant été exposé à la contagion de la variole, prend une fièvre assez violente, 39°, suivie d'une éruption d'une vingtaine de boutons acuminés pustuleux et non ombiliqués. La fièvre cesse et nous suspendons les injections de tuberculine pendant quelques jours.

Le 1er mai la varioloïde est complètement passée, l'état général est bien, le sommet gauche ne présentent aucun signe à l'auscultation. Le sommet droit présente du souffle, un grand retentissement de la voix, il n'y a aucun râle.

Notes sur un autre phtisique, sur un lupus et un homme atteint de tuberculose génitale.

Phtisie avec mouvement fébrile, essai d'injection tuberculeuse.

Emile P..., âgé de 32 ans, malade depuis 17 mois, présente aux deux sommets de nombreux râles humides ; expectoration abondante contenant un grand nombre de bacilles de Koch. Ce malade a la fièvre hectique, il n'a pas d'appétit et s'affaiblit de jour en jour. Du 14 décembre

au 21 février, nous avons essayé chez ce malade des injections de tuberculine non phlogogène à doses seulement de un demi-milligramme; quoique plusieurs fois la température se soit notablement abaissée dans les 3 ou 4 jours qui ont suivi les injections, nous ne trouvons pas que ce traitement ait produit un résultat réel. L'appétit n'est pas revenu, les forces s'en vont de plus en plus ; l'expectoration est toujours aussi abondante, les bacilles aussi nombreux, et le mouvement fébrile persiste.

Nous laissons ce malade à notre successeur.

Quant au *lupus*, nous avons injecté jusqu'à 2 milligrammes environ tous les huit jours. Ces injections n'ont produit ni fièvre, ni aucun accident. Il nous a semblé que le nez et la lèvre allaient mieux, mais après six semaines ce malade a voulu reprendre le traitement par les pointes de feu, traitement qui a manifestement aggravé la maladie. Nous avons été obligé de mettre ce malade à la porte pour insubordination.

Quant au malade atteint d'une affection tuberculeuse de la sphère génitale, il assurait se trouver mieux du traitement par les injections de tuberculine, mais, notre service ayant cessé, nous n'avons pu arriver à un résultat concluant.

Notre observation clinique est bien pauvre, puisque, en résumé, elle se réduit à un seul malade, mais cependant elle présente des résultats qu'il n'est pas permis de négliger. Ainsi, ce jeune homme de famille tuberculeuse, frappé de phtisie dans un âge où cette maladie marche vite, placé dans des conditions hygiéniques détestables, c'est-à dire dans une salle d'hôpital, s'est manifestement amélioré sous l'influence d'injections de la tuberculine

non phlogogène. Il s'est amélioré puisque son poids s'est élevé de 110 à 120 livres c'est-à-dire qu'il s'est accru de 10 livres du 6 décembre au 13 janvier. En même temps les signes stéthoscopiques ont permis de constater la disparition complète des signes peu marqués, il est vrai, qui existaient au sommet gauche, et une modification avantageuse de la lésion considérable siégeant au sommet droit. Cette modification a consisté dans la diminution extrêmement marquée puis la disparition des râles humides.

Quant à l'expectoration elle a diminué très rapidement, puisque déjà le troisième jour après la première injection elle a été réduite aux deux tiers de son volume.

L'examen bactériologique des crachats a permis de constater la disparition complète des bacilles dès la mi-janvier, c'est-à-dire après la sixième injection. L'examen bactériologique a été pratiqué plusieurs fois et a toujours été négatif, et l'inoculation des crachats à un cobaye est restée stérile. Sacrifié un mois après, cet animal ne présentait pas trace de tuberculose. Ce même examen et une nouvelle inoculation pratiquée le 15 avril ont été également négatifs.

Nous désirons attirer votre attention sur les *abcès froids* qu'a présentés ce malade ; le premier, à l'angle de la mâchoire, est en rapport avec une dent cariée, mais le second, qui a commencé à faire souffrir le malade dans le courant du mois de janvier et qui a été ouvert vers la fin de février, a beaucoup entravé le rétablissement de notre malade, d'abord par la douleur qu'il a occasionnée, ensuite par une suppuration abondante et enfin, et surtout, par l'obligation où il a mis le malade de garder le lit.

Nous avons dit que l'examen bactériologique et l'ino-

culation à un cobaye avaient démontré l'absence du bacille de Koch dans le pus de cet abcès et c'est pour cela que nous l'avons dénommé *abcès froid*.

L'existence d'abcès froids ganglionnaires présentant tous les caractères de la tuberculose ganglionnaire sans bacille de Koch n'est point exceptionnelle. La *Semaine médicale* du 9 octobre 1895 en rapporte trois observations (page 435).

Ces faits démontrent qu'on s'est trop pressé en concluant que les affections appelées autrefois scrofuleuses étaient toutes de nature bacillaire, que toutes relevaient de la tuberculose. Il faut évidemment revenir sur ces conclusions dues aux exagérations de la bactériologie. Nous ne voulons pas nier la parenté qui existe très certainement entre les affections dites scrofuleuses et les affections tuberculeuses ; et il y aurait peut-être lieu de rétablir une espèce morbide : la scrofule contenant des affections ayant pour lésions de vrais tubercules avec le bacille de Koch et d'autres affections non bacillaires.

Mais ce n'est pas le lieu de discuter ici ce problème de pathologie générale. Toujours est-il que notre malade est un exemple de la réunion de ces deux affections.

On s'est peut-être fait cette objection, le bacille non phlogogène est sans action sur la maladie tuberculeuse, puisqu'il n a pas empêché la production d'un abcès chez notre jeune malade.

Il est facile de répondre à cette objection. La tuberculine a agi sur l'affection du poumon parce que c'est une affection bacillaire, et elle n'a pas agi sur l'abcès froid parce que cet abcès ne contenait pas le bacille de Koch. Il y aurait là une analogie avec l'action du liquide de Roux qui agit sur le bacille de Lœffler et non pas sur les streptocoques qui compliquent les angines.

Observation d'une pneumonie grave, complication de défaillance cardiaque, expectoration d'une fausse membrane des bronches, bacille de Lœffler, pas de pneumocoque. Amélioration très rapide des symptômes cardiaques par digitaline.

Mme P..., âgée de 59 ans, bien conservée, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, était tout à fait bien portante le samedi 14 mars.

Le 15, première journée. Début brusque par un point de côté violent, un mouvement fébrile intense, de la dyspnée et un peu de toux.

Le diagnostic ne fut fait que le lendemain par le médecin traitant qui s'empressa d'appliquer un large vésicatoire et de prescrire une potion dont je n'ai pas gardé le souvenir.

Le 18, quatrième journée. Mouvement fébrile intense, 39°,2, dyspnée ; douleur de côté qui arrache des plaintes à la malade, l'urine rouge sang, sans dépôt et contenant un peu d'albumine. Cependant, la figure est naturelle et la langue humide. L'examen du thorax permet de constater une matité étendue aux deux tiers supérieurs du côté droit. Dans cette région, souffle bronchique intense et bronchophonie forte ; pas de râles. Je prescris bryone 6e, 6 globules dans une potion, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 19, cinquième journée. Même état, sauf une amélioration du point de côté.

Le 20, sixième journée. Pas d'amélioration, sauf dans le point de côté ; la dyspnée est plus marquée ; 44 respirations par minute, même température. Je prescris phosphore 6e, que je continue le jour suivant.

Le 22, huitième journée. Dyspnée plus marquée encore, 48 respirations ; la respiration est bruyante, s'entend à distance, la fièvre est la même ; à l'auscultation, on constate que l'hépatisation a envahi la base du poumon. Le sommet s'est un peu dégagé ; la langue reste humide, mais les traits sont altérés et les urines toujours très rouges. Je continue phosphore que j'alterne avec ipéca 6e.

Le 23, neuvième journée. Etat plus grave, pouls irrégulier, battements du cœur arythmiques, faibles ; traits altérés. Carbo vegetabilis 30e et toutes les deux heures une injection d'huile camphrée d'après la formule suivante :

Camphre.	1 gramme
Huile stérilisée.	8 —

Le 24, dixième journée. Aucune amélioration, dyspnée, asystolie. Le pouls est ralenti, les urines sont très diminuées et sont toujours rouges. Le facies est très altéré, le menton est le siège de petits mouvements rythmés. La respiration accélérée est bruyante. La malade a expectoré un peloton de fausses membranes qui présentent la forme des bronches. Les symptômes présentés par le cœur et les urines indiquent nettement la digitale. Je prescris :

Digitaline cristallisée au 1/1000.	V gouttes.
Eau stérilisée.	10 grammes.

Une injection sous-cutanée toutes les deux heures.

Une heure après la première injection, demi-syncope qui effraie beaucoup la famille ; néanmoins on continue l'usage de la digitaline et cet accident ne se reproduit plus. En même temps la malade prenait phosphore 6e et carbo-vegetabilis 6e alterné ; douze cuillerées d'eau-de-vie en vingt-quatre heures, sous forme de grog, un peu de champagne et environ un litre de lait.

Le lendemain, onzième jour de la maladie, amélioration notable. La malade se trouve mieux. Le pouls est moins intermittent. En même temps, il est fort et grand. La température est tombée à 37°,6. On éloigne les piqûres à trois heures au lieu de deux. On les suspend tout à fait le soir. On en avait pratiqué dix.

Les jours suivants, la température ne s'est pas relevée, quoique le pouls devienne tout à fait régulier, bat 96 fois par minute. La respiration n'est plus bruyante. Elle est tombée à 36 par minute. L'auscultation, qui n'a pas été pratiquée à cause de l'état grave de la malade, depuis plusieurs jours, permet de constater un bruit de souffle, mélangé de râles sous-crépitants qui apparaissent, surtout, par la toux. La lésion est limitée maintenant aux 2/3 supérieurs du poumon droit. L'amélioration se maintient, la fièvre ne revient pas, la malade se nourrit. Elle prend trois potages gras, un litre de lait, trois ou quatre jaunes d'œufs. Elle se tient assise sur son lit ; dort pas mal la nuit. Les urines qui ont augmenté sous l'influence de la digitale continuent à être claires et abondantes. Néanmoins, le 30, seizième jour, la résolution ne fait guère de progrès, et je prescris à la malade tartarus emeticus 6e, puis sulfur (12) et lycopode (30).

Sous l'influence de ce traitement la résolution fait chaque jour des progrès, et cependant le 22 avril, trenteneuvième jour de la maladie, il restait encore dans la fosse sous-épineuse un bruit de souffle avec des craquements humides très nombreux, surtout par la toux, comme dans une lésion tuberculeuse. L'état général est fort bon, l'appétit et le sommeil sont tout à fait revenus. La malade se lève et circule dans la maison. A quoi doit-on attribuer cette lésion persistante ? A une hépatisation

passée à l'état chronique, à une affection tuberculeuse ? Les antécédents de la malade ne nous permettent pas de résoudre cette question et l'absence d'expectoration ne nous permet pas de rechercher le bacille de Koch. La suite des symptômes seuls nous permettra d'élucider la question.

Examen bactériologique des crachats. — Pendant la période d'état de la pneumonie, la malade quoique ayant une toux grasse n'expectorait presque jamais. Nous n'avons pu recueillir que deux expectorations, la première était constituée par un crachat visqueux et rouillé comme ils sont dans la pneumonie ; l'examen bactériologique après ensemencement dans du bouillon nous permit de constater la présence du bacille de Lœffler et l'absence du pneumocoque. Nous crûmes à une erreur, à une confusion dans les préparations et nous ne tînmes aucun compte de cet examen.

La seconde expectoration recueillie le dixième jour de la maladie était constituée par une fausse membrane tubulée et bifurquée comme une bronche moyenne. L'examen microscopique et les cultures permirent d'affirmer l'existence d'un grand nombre de bacilles de diphtérie et l'absence du pneumocoque. Une inoculation pratiquée à une souris blanche qui resta parfaitement indemne démontra l'exactitude de notre examen bactériologique, puisque cet animal possède une immunité naturelle contre le bacille de Lœffler et est extrêmement sensible aux pneumocoques.

Cette observation nous fournira deux enseignements. Le premier, c'est qu'une pneumonie peut évoluer avec toutes les allures d'une pneumonie franche et présenter,

comme lésion, les bacilles de Lœffler au lieu du pneumocoque.

Le second, c'est que quand les indications d'un médicament sont très nettes on ne doit pas hésiter à le prescrire, quand bien même l'expérience clinique est muette ou à peu près sur son emploi. Ainsi c'est la caféine et le seigle ergoté qu'on est habitué à prescrire dans ces cas de défaillance du cœur et c'est la digitaline que nous avons choisie à cause de la netteté de son indication et le succès a démontré la justesse de l'indication.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Pathogénie et traitement de l'obésité

Le Dr Petit, de Bruxelles, a lu à la séance du 3 mars de l'*Association centrale des homœopathes belges* un travail très intéressant sur l'obésité (1).

Nous allons en analyser la partie consacrée aux causes de l'obésité et nous reproduirons *in extenso* la partie thérapeutique comprenant les divers régimes alimentaires et les médicaments qui peuvent être prescrits contre l'obésité ; nous ajouterons aux régimes cités par l'auteur, celui de Leven, que nous avons suivi personnellement avec grand profit, et aux médicaments le corps thyroïde qui produit dans ses effets pathogénétiques l'amaigrissement et qui fait maigrir les obèses lorsqu'on l'emploie à dose forte.

---

(1) *Revue homœopathique belge*, mars 1896.

Pour le Dr Petit l'obésité est un état pathologique bien défini, dépendant d'une perversion des phénomènes de la nutrition et pouvant entraver à un moment donné les fonctions les plus importantes de l'économie.

Causes. — Le manque d'exercice et les excès d'aliments et de boissons ne sont jamais que des causes occasionnelles. L'obésité est intimement liée au rhumatisme, à la goutte, à la lithiase biliaire et urinaire, au diabète, à l'asthme, à la dyspepsie, à l'eczéma, à la maladie hémorrhoïdaire, en un mot, à toutes les manifestations de la *diathèse arthritique* ; en somme, nous dirions plus simplement que l'obésité se rencontre le plus souvent chez les goutteux, car, pour nous, les douleurs, la lithiase, l'eczéma sont très fréquemment des affections goutteuses.

L'*hérédité* se remarque chez les obèses, soit d'une façon directe, soit indirecte, les ascendants présentant des manifestations goutteuses diverses ;

Le *sexe* joue son rôle, la femme y étant plus disposée que l'homme.

Le *manque d'exercice* a une influence assez grande ; cependant on voit des gens qui malgré des exercices violents ne parviennent pas à empêcher l'embonpoint.

Le *régime alimentaire* joue un rôle plus important. Ce n'est pas le plus souvent parce qu'il se nourrit avec excès que l'obèse acquiert son embonpoint, mais parce qu'il fait un usage trop exclusif de certaines substances alimentaires. Pour le Dr Petit, les graisses sont encore les moins nuisibles de ces substances ; il incrimine surtout les composés hydrocarbonés, féculents et sucres. Ces substances agissent indirectement dans la production de la graisse, en constituant de « véritables matériaux d'épargne, s'offrant les premiers aux combustions organi-

ques, concourant activement à la production de la chaleur et de la force, et permettant ainsi aux matières grasses d'échapper aux oxydations ».

Les *boissons alcooliques* sont incontestablement une cause d'obésité.

Certaines *dyspepsies* avec insuffisance de sécrétion biliaire peuvent aussi amener l'obésité ; « les produits acides de la digestion stomacale viennent entraver l'action du suc pancréatique, et les matières grasses, au lieu d'être saponifiées, restent simplement émulsionnées ou tout au plus plus dissoutes ». Sous cette forme elles vont s'emmagasiner dans les cellules du tissu adipeux.

Les *hémorrhagies* peu abondantes et répétées peuvent causer l'obésité, surtout chez la femme, chez laquelle la menstruation, la grossesse, la lactation viennent jouer un rôle.

TRAITEMENT. — I. *Régime.* — Voici les différents régimes rapportés par le Dr Petit :

« HARVEY, le célèbre médecin anglais, accordait au malade une ration journalière de 750 grammes d'aliments solides et de 1.000 grammes de boissons, divisée en quatre repas. Ceux-ci se composaient de viande, poisson, lard fumé, fruits, légumes verts, d'une très petite quantité de féculents et de pain grillé. Comme boissons, un peu de vin rouge ou de liqueur coupée d'eau, du thé en quantité modérée. Harvey proscrivait le sucre, la bière, le lait, les vins liquoreux.

« EBSTEIN, considérant l'usage des corps gras comme favorable plutôt que comme nuisible, prescrit trois repas quotidiens comprenant une grande quantité d'aliments gras : du beurre en abondance, de la charcuterie, des

soupes, viandes et sauces grasses, de la moelle osseuse; comme dessert, des fruits frais; comme boissons, un peu de vin léger, du café, beaucoup de thé sans sucre. La bière et le lait sont défendus.

« OERTEL fait faire à l'obèse quatre repas, représentant environ 925 grammes d'aliments solides, et composés de viande, poisson, œufs, pain, fruits frais; une petite quantité de graisse. Il insiste surtout sur la nécessité de restreindre autant que possible la quantité de boissons et d'éviter les boissons aqueuses; il ne permet que 1/6 ou 1/4 de litre de vin léger par repas; si c'est nécessaire 1/8 de litre d'eau. Enfin il établit une distinction entre le cas d'obésité simple, dans lequel le malade, après avoir perdu de son embonpoint, peut se relâcher graduellement de la sévérité du régime, surtout en ce qui concerne les boissons, et celui des obèses cardiopathes, qui doivent continuer à l'observer dans toute sa rigueur.

« VOGEL proscrit les aliments gras; il nourrit le malade de viande maigre, œufs, pain grillé, légumes verts. Comme boissons, du café, du thé sans sucre ni lait, ou un peu de vin acide.

« Le régime de G. SÉE se fait remarquer par l'abondance des aliments et surtout des boissons qu'il comporte. Les hydrates de carbone en sont exclus, mais la quantité d'albuminoïdes et de matières grasses représente la ration d'entretien physiologique, soit 250 à 300 grammes de viande, et 60 à 90 grammes de graisse. Loin de s'abstenir de boissons, l'obèse doit en consommer des quantités considérables, afin d'activer la nutrition. G Sée recommande surtout les infusions chaudes de café et de thé; il proscrit les boissons alcooliques, ainsi que les eaux minérales.

« Le régime de SCHWENNINGER se compose de viande,

poisson, œufs, pain en quantité modérée, quelques aliments gras, légumes verts, fromage. Pas de potages ni de féculents. Comme boisson, un peu de vin blanc.

« Dujardin-Beaumetz commence par examiner soigneusement le malade, et lorsqu'il s'est assuré qu'il a affaire à une obésité simple, exempte surtout de complications cardiaques, il prescrit une ration quotidienne de 125 grammes de pain léger, composé surtout de croûte ; 250 grammes de viande (on peut remplacer 100 grammes de viande par deux œufs) ; 200 grammes de légumes verts ; 30 grammes de fromage ; fruits à discrétion. Tous les aliments devront être soigneusement pesés.

« Quant aux boissons, elles ne dépasseront pas 300 grammes en tout, si le malade boit pendant les repas. S'il boit après avoir mangé — et il doit attendre au moins 2 heures — il peut prendre une plus grande quantité de boisson, composée de thé léger non sucré.

« Proscription absolue des pâtisseries, des liqueurs, de la bière. Pas d'aliments aqueux, tels que les potages.

« Bouchard commence, en général, par instituer ce qu'il appelle *la cure de réduction*, c'est-à-dire que pendant environ trois semaines il ne fait prendre au malade que du lait et des œufs, soit par jour 1.250 grammes de lait et cinq œufs, le tout réparti en cinq repas ; la perte de poids totale après ce laps de temps est de 6 à 7 kilogrammes. Ensuite l'obèse peut revenir graduellement à une alimentation plus riche et plus variée.

« En comparant entre eux les différents régimes, nous voyons qu'ils se ramènent tous à l'usage prédominant des albumines animales et végétales, à la suppression des hydrates de carbone (sauf le pain, qui est toujours toléré en petite quantité) et des corps gras (sauf dans les régimes

de Ebstein et de Sée), à l'usage très restreint des boissons aqueuses (sauf dans le régime de Sée) et à la proscription presque absolue de l'alcool.

« La *quantité totale* des aliments est en général fort restreinte et si Dujardin-Beaumetz se montre plus tolérant que ses prédécesseurs, c'est qu'il trouve que les régimes auxquels sont soumis les obèses pèchent manifestement par leur *insuffisance.* En effet, si nous prenons la moyenne des quantités d'albumine, de matières grasses et de matières hydrocarbonées que comportent les régimes de Harvey, de Ebstein, de Oertel et de Vogel, nous arrivons aux chiffres suivants :

« Albumines, 136 grammes; graisses, 42 grammes; hydrates de carbone, 91 grammes. Tandis que la ration normale d'entretien se compose de : albumines, 125-130 grammes ; graisses, 55 grammes ; hydrates de carbone, 435 grammes.

« La différence porte surtout sur les matériaux hydrocarbonés, qui sont précisément les plus puissants producteurs de chaleur et de force, et ce qui fait défaut de ce côté n'est remplacé par rien d'équivalent du côté des albumines et des graisses. Un pareil traitement est tout simplement débilitant ; nous dirons même que cette alimentation, trop fortement azotée, est non seulement inutile mais encore nuisible : inutile, puisque les albuminoïdes peuvent se transformer en graisse; nuisible, d'abord en provoquant l'irritation des voies digestives, ensuite et surtout en favorisant éventuellement l'éclosion de déterminations goutteuses ou calculeuses auxquelles les obèses se trouvent exposés en leur qualité d'arthritiques.

« Mais alors, dira-t-on, puisque aucun aliment ne convient à l'obèse, et qu'on ne peut cependant le priver de

toute nourriture, il ne reste qu'à le laisser manger et boire à sa guise. Telle n'est point notre pensée; nous sommes convaincu, au contraire, de la nécessité d'un régime approprié dans le traitement de toute affection diathésique, seulement l'erreur consiste à appliquer à tous les malades indistinctement un régime uniforme. Celui-ci doit varier suivant les indications fournies par la constitution du malade, les circonstances étiologiques, la coexistence de certaines complications. Indiquons sommairement ce que devrait être le régime pour chaque catégorie d'obèses :

« Les obèses pléthoriqnes doivent se nourrir surtout de végétaux, farineux et légumes verts, pain, fruits, peu de viande, matières grasses à volonté, plutôt en abondance.

« Comme boisson du lait (celui-ci peut remplacer une partie de la nourriture solide), du petit lait, du vin coupé d'eau, des infusions légères; en règle générale une très petite quantité de boissons.

« Aux anémiques on donnera de la viande et des féculents, beaucoup de pain et de légumes riches en éléments minéraux, du sucre, du lait et des œufs; de la bière en quantité modérée.

« Les diabétiques devront évidemment s'abstenir de sucre et de farineux; alimentation surtout animale, mais comprenant des végétaux afin d'éviter l'irritation des voies digestives; comme boisson du vin rouge coupé d'eau : les diabétiques peuvent boire à discrétion, afin de réparer les énormes déperditions de liquide que subit leur organisme.

« Aux cardiaques il faut un régime peu excitant, surtout lacté et végétal; éviter de boire beaucoup; abstinence complète de thé, café, alcool.

« Les rhumatisants, goutteux, calculeux boiront beaucoup, surtout des boissons aqueuses chaudes ; comme nourriture, des végétaux et des graisses ; peu ou point de viande. Régime lacté dans certains cas. Dans la lithiase biliaire, l'usage de corps gras de toute nature est formellement indiqué ; les dyspeptiques, au contraire, doivent s'abstenir de graisses et éviter de boire beaucoup.

« En même temps que le régime, on recommande généralement aux obèses les exercices physiques, la marche au grand air, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, les bains froids, chauds, salés, les bains de vapeur, enfin les bains d'air comprimé, tout cela en vue d'activer les oxydations. Ici encore, ces moyens adjuvants sont soumis à des indications et contre-indications. Il est clair que les exercices violents et les bains froids doivent être interdits à un obèse cardiopathe, tandis qu'ils peuvent être utiles à un pléthorique exempt de complications cardiaques ; que la sudation, obtenue par l'exercice ou les bains de vapeur, est favorable aux rhumatisants et aux goutteux, tandis qu'elle est formellement contre-indiquée chez un diabétique. Pour le dire en passant, la sudation n'a que peu d'effet sur l'adipose elle-même ; après une forte transpiration le malade a diminué de poids parce qu'il a perdu de l'eau, et non parce qu'il a perdu de la graisse. Seulement la sudation est toujours utile chez des arthritiques dont la peau fonctionne ordinairement d'une manière défectueuse. »

Nous ajouterons ici le régime que Leven nous a fait suivre personnellement et qui nous a fait maigrir de 30 livres en trois mois, régime qui a réussi de même à plusieurs clients, tous du reste arthritiques et plutôt pléthoriques.

Trois repas par jour ; aucune alimentation entre les repas.

Repas du matin : thé ou café au lait avec deux ou trois petits biscuits secs et un œuf à la coque.

Repas de midi : mouton rôti ou grillé ; poulet rôti ; maigre de jambon ; langue fumée ; ris de veau ou cervelle à l sauce blanche ; œufs à la coque, sur le plat ou brouillés ; soles, turbot ou merlans avec une sauce blanche ; purée de légumes secs au lait ; salades cuites ; artichauts à la sauce blanche ; laitage ; fruits cuits ; café noir. Ne pas manger de pain, boire de l'eau, du lait, ou du thé.

Repas du soir : potage au lait aux pâtes ou au riz ; mêmes aliments qu'au repas de midi, en supprimant la viande.

Au bout d'un mois ou six semaines, si l'amaigrissement se fait bien, on donne de temps à autre de la viande au repas du soir, puis on permet d'autres viandes rôties.

Le fond du régime est l'abstinence de pain et de boissons fermentées. Le malade peut manger à sa faim pourvu qu'il reste dans les aliments permis.

II. *Eaux minérales*. — « Avant de passer au traitement médicamenteux, il convient de dire un mot des *eaux minérales*, qui sont d'ailleurs recommandées par les auteurs classiques. Ceux-ci ne les emploient guère qu'à titre d'adjuvants et de palliatifs ; ainsi ils prescrivent les eaux alcalines et salines purgatives, en vue de favoriser la digestion des graisses, de combattre la lithiase biliaire et urinaire, et enfin de provoquer une déplétion séreuse du côté de l'intestin. Ici encore, au lieu de faire de ces eaux un usage banal, il faut en subordonner l'emploi à certaines indications. L'eau de *Vichy* convient d'une façon générale aux arthritiques,

surtout aux individus sanguins souffrant de lithiase urinaire ; elle s'adresse également à la goutte, à la lithiase biliaire, au diabète gras (1). L'eau de *Marienbad* est indiquée dans les engorgements du foie et la dyspepsie ; l'eau de *Vals*, dans le diabète gras et la lithiase biliaire. *Hombourg* et *Carlsbad* sont utiles dans la dyspepsie ; *Carlsbad*, ainsi que *Contrexéville*, s'adressent surtout à la dyspepsie des diabétiques. Enfin l'eau de *Brides* (Savoie), peut donner de bons résultats chez les individus pléthoriques.»

III. *Médicaments*. — « Abordons maintenant le chapitre, important pour nous, du traitement médicamenteux de l'obésité, car, si la thérapeutique orthodoxe se borne ici à l'usage banal des alcalins et des purgatifs, nous possédons des polychrestes tels que *sulphur*, *arsenic*, etc., qui s'adaptent admirablement aux diverses modalités de la diathèse arthitrique.

« En première ligne, nous citerons *sulphur*. Il a comme caractéristique une fausse pléthore dépendant d'une stase veineuse, due elle-même à la suppression d'un flux habituel, tel que le flux hémorrhoïdaire. La circulation est irrégulière ; la tête, la poitrine sont congestionnées, d'où bourdonnements d'oreilles, bouffées de chaleur, dyspnée, symptômes asthmatiques s'aggravant l'après-midi.

« Il faut penser à *sulphur* quand le sujet manifeste un goût immodéré pour les boissons alcooliques, ou que l'abus de celles-ci a amené la dyspepsie, avec congestion du foie ; celui-ci est développé, sensible ; la stase de la veine-porte détermine de la pléthore abdominale et des hémorrhoïdes. Il est encore indiqué chez les individus

(1) Nous ajouterons *Vittel* comme réussissant même dans les cas qui ont échoué à Vichy.

scrofuleux sujets à des transpirations fétides, symptôme que présentent beaucoup d'obèses et qui se trouve sous *silicea*. (Ce dernier médicament présente aussi des phénomènes asthmatiques et rhumatismaux.) Enfin on connaît les déterminations cutanées et articulaires de *sulphur*.

Arsenic s'applique également à l'arthritisme sous ses différentes formes ; son usage prolongé amène de la bouffisure, un faux embonpoint. Rappelons surtout qu'il est directement indiqué par la dégénérescence graisseuse du cœur, quand c'est le cœur gauche qui est atteint. Si, au contraire la lésion siège au cœur droit et s'accompagne de signes de stase veineuse, c'est à *phosphore* qu'il faut s'adresser.

« Sous *phosphore* nous trouvons aussi la dégénérescence graisseuse du foie, le foie gras proprement dit. Quant au diabète, *phosphore* ne s'applique guère qu'au diabète maigre, en agissant sur le pancréas.

« *Graphites* et *calcarea* sont très importants. Ils ont une pathogénésie analogue : fausse pléthore, bouffissure, hématose languissante, tendance au refroidissement, avec bouffées de chaleur de temps en temps. Hydrémie, le sang renferme beaucoup de leucocytes. Chlorose, irrégularités de la menstruation; règles en retard, peu abondantes, décolorées. Leucorrhée. En somme ces deux médicaments sont indiqués chez les sujets scrofuleux et à fibre molle, seulement dans *graphites* il y a de la constipation, la peau est sèche, rugueuse, sans tendance à la transpiration, tandis que *calcarea* présente de la tendance à la diarrhée, de la transpiration surtout à la tête, puis à la poitrine et aux genoux, de l'eczéma.

« *Kali carbonicum* se caractérise par de la fausse pléthore également; la quantité totale du sang est normale,

mais le chiffre des globules rouges est insuffisant. Tendance aux refroidissements, rougeurs subites par congestions locales. Faiblesse générale. Faiblesse du cœur; pouls irrégulier, intermittent ou accéléré et très faible. Les muqueuses sont très sensibles au froid. Dépôt abondant d'urates; ce dernier symptôme se retrouve sous *causticum*, seulement *causticum* n'a pas les symptômes de débilité de *kali carb.*

« Mentionnons enfin un remède qu'on pourrait qualifier d'empirique, puisque la pathogénésie n'en a pas été faite à notre connaissance : c'est une variété d'algue marine, le *fucus vesiculosus*, qui a donné au regretté Dr Mouremans certains succès dans le traitement de l'obésité simple.

« Tels sont les principaux médicaments dont l'homœopathe dispose pour combattre l'obésité. Il va de soi que nous n'avons eu d'autre prétention que de donner des indications générales; il eût été fastidieux de refaire le traitement du diabète, de la lithiase, des complications cardiaques et gastro-intestinales qui accompagnent cette affection. Il n'existe pas *une* obésité, il n'y a que *des obèses*; qu'au lieu donc d'ordonner un régime banal le praticien individualise les cas, analyse les facteurs complexes qui y interviennent, puis y conforme soigneusement ses prescriptions thérapeutiques et diététiques; à ce prix seulement il pourra obtenir, sinon la guérison complète, du moins une amélioration profonde et durable. »

Nous ajouterons aux médicaments précédents le *corps thyroïde*, soit sous forme de pastilles, soit sous forme d'extrait glycériné, que nous prescrivons sous le nom de *thyroïdine*. Dans ce cas, c'est l'effet physiologique du médicament que l'on veut produire et les doses doivent être fortes. Ce n'est pas une application homœopatique comme

dans le goitre, le goitre exophthalmique ou la tachycardie. C'est une application plutôt allopathique ; le Dr Rendu a publié une observation très remarquable, que nous avons signalée ici dans la *Revue de la Société médicale des hôpitaux*, d'une jeune fille très obèse qu'il a fait maigrir au moyen des pastilles de corps thyroïde. Chez une dame très obèse j'ai obtenu une amélioration assez rapide par le régime de Leven et la thyroïdine à la 1re dilution décimale.

Nous croyons, comme le Dr Petit, que le traitement et le régime doivent varier suivant les cas que l'on aura à traiter.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Gavage par la voie nasale des enfants débiles, épuisés, nés avant terme ou atteints de lésions de la bouche. — II. Sur les moyens de faire tolérer la sonde a demeure chez les prostatiques. — III. Sur le traitement hydro minéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine. — IV. Sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — V. Appendicite.

I

Séance du 14 avril. — M. Saint-Philippe (de Bordeaux) fait une lecture sur le gavage par la voie nasale des enfants débiles ou atteints de lésions de la bouche.

Le gavage par le tube de Faucher est mal supporté par quelques enfants, le gavage par les voies nasales serait plus simple et plus facile. Il repose sur cette vérité physiologique que la déglutition n'est volontaire que dans sa partie buccale, étant absolument involontaire, forcée, dans la partie vraiment pharyngée, dans le pharynx postérieur ; en sorte que du liquide qui tombe sans effort des fosses nasales dans la cavité béante ouverte à la suite, ne peut pas faire autrement que d'être dégluti.

Pour faire ce gavage, on tient l'enfant horizontalement couché sur les genoux et on lui relève légèrement la tête, puis à l'aide d'une cuillère à café à bout un peu pointu, on fait pénétrer du lait alternativement dans chaque fosse nasale.

II

Même séance. — M. Guépin lit un travail sur les moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques. En dehors des moyens usuels, c'est-à-dire le choix éclairé de la sonde, sa mise en place méthodique, sa fixation, son bon fonctionnement contrôlé par l'observation de l'écoulement de l'urine et des injections faites dans la vessie, M. Guépin recommande l'*injection vésicale* faite après l'écoulement de l'urine. En effet, chez tout prostatique infecté ou non, la période aiguë de la rétention étant passée, la vessie étant revenue à une capacité sensiblement normale et surtout amoindrie, la sonde à demeure doit plus que jamais être fermée par un fausset. A chaque besoin d'uriner, elle sera ouverte pour laisser échapper la totalité de l'urine contenue dans la vessie ; puis, la seringue à la main chargée d'eau boriquée tiède, au moment où s'écoulent les dernières gouttes d'urine et où commence à

apparaître un besoin factice de mixtion qui, abandonné à lui-même, irait s'exaspérant, on pousse lentement le liquide par une pression insensible sur le piston, et on s'arrête lorsque le malade n'accuse plus aucune sensation anormale. Quelques centimètres cubes d'eau boriquée suffisent le plus souvent. En met-on trop ou trop peu, l'effet calmant attendu ne se produit point, et la non-efficacité de ce procédé tient alors à un défaut de technique.

III

Même séance. — M. de Ranse lit une note sur le traitement hydro-minéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine.

Comme tous les auteurs, M. de Ranse considère l'angine de poitrine non comme une maladie, mais comme un syndrome lié à divers états pathologiques.

La forme à laquelle il convient de conserver le nom d'*angine vraie* et qui, au point de vue des symptômes, sert de type à toutes les autres, est caractérisée anatomiquement par des altérations organiques du cœur et des gros vaisseaux ; son pronostic est des plus graves.

Les autres formes, *fausses angines* ou pseudo-angines, procèdent de causes multiples et sont symptomatiques d'états morbides variés; leur pronostic est bénin.

La distinction entre l'angine vraie et les fausses angines de poitrine, justifiée par la clinique, a une importance de premier ordre au point de vue du traitement hydro-minéral. Dans le premier cas ce traitement, dont l'application peut ne pas être sans inconvénient, n'a qu'une action palliative; il est fréquemment curatif pour les fausses angines.

Les auteurs qui se sont occupés du traitement hydrominéral des angines de poitrine ont indiqué avant toutes les autres, sinon exclusivement, les eaux de Néris. Cela s'explique, d'un côté par le rôle capital que joue le système nerveux dans toutes les formes d'angines, d'un autre côté par les propriétés sédatives des eaux de Néris.

M. de Ranse, durant une pratique de plus de 20 années dans cette station, a eu à traiter 65 cas d'angine de poitrine, dont 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines.

Dans les 2 cas d'angine vraie, une amélioration sensible, mais de courte durée, a été obtenue. Les malades sont morts subitement dans un accès, l'un quelques mois après une première cure, l'autre 2 ans environ après la seconde.

Les 63 cas de pseudo-angines comprennent 36 cas d'origine nerveuse ou névropathique. 6 cas d'origine réflexe, 16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique, 5 cas d'origine infectieuse (paludisme) ou toxique (nicotisme).

Dans tous ces cas le résultat de la cure thermale a été d'autant plus satisfaisant que celle-ci convenait à la fois au syndrome angineux et à l'état morbide dont il était symptomatique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, tabès, gastralgie, névralgies thoraco brachiales, névrome du moignon du bras gauche).

La guérison, dans certains cas, a été obtenue après une seule saison ; dans d'autres elle a nécessité deux, trois et même quatre cures successives. Dans les cas moins heureux, il y a eu toujours une amélioration sensible d'une plus ou moins longue durée.

Cette amélioration constante contribue puissamment à

rassurer les malades, à dissiper l'appréhension dans laquelle ils vivent continuellement, à leur rendre ainsi le repos moral, à remonter leur courage. C'est là encore, dans l'espèce, un résultat bien précieux.

Le traitement consiste essentiellement dans des bains tempérés, d'abord très courts, dont on augmente graduellement mais lentement la durée. On y joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes tempérées ou écossaises, toujours à faible pression.

Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades, mais exige de leur part certaines précautions ; de la part du médecin, une surveillance des plus attentives.

IV

Même séance. — M. Richelot donne lecture d'un travail sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Jusqu'à l'âge de 12 ans la trachéotomie peut être seule pratiquée. A partir de cet âge, tandis que la trachéotomie est toujours délicate, souvent dangereuse, la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération simple, sans danger, élémentaire. La région ne présente aucun vaisseau. Le mode opératoire est le suivant : appliquer l'ongle sur le bord du thyroïde, soulever le thyroïde ou défléchir la tête, faire : 1° une incision d'un centimètre pour la peau ; 2° incision pour le tissu cellulaire ; 3° pour la membrane ; introduction de la canule et celle-ci avec un diamètre de 9 à 10 millimètres suffit. M. Richelot a fait 15 opérations semblables, sans aucune difficulté ni incidents, même dans un cas où la trachéotomie eût été

impossible. Il recommande vivement cette opération qui, chez l'adulte, doit remplacer la trachéotomie.

V

Séance du 28 avril. — M. Pozzi fait une nouvelle communication sur l'appendicite, question déjà traitée dans les séances précédentes par MM. Dieulafoy et Le Dentu. Le sujet de son observation est un jeune homme de 16 ans. Dans les antécédents de ce malade on trouvait dès sa jeunesse des coliques, des accidents d'intolérance gastrique survenant tous les trois ou quatre ans. Plus tard il présenta des accidents d'hyperchlorhydrie. En 1895, des coliques hépatiques avec ictère.

Une nouvelle crise étant survenue avec phénomènes de colique appendiculaire et douleur très vive au milieu de la ligne de l'épine iliaque à l'ombilic avec troubles généraux graves, l'opération fut décidée. Elle fut faite quarante-huit heures après le début des accidents.

Après incision, le gros intestin apparut, il fut repoussé. A la partie supérieure de l'incision le doigt percevait l'appendice rigide accolé à la partie postérieure du cæcum. Cet appendice qui fut sectionné était violacé et plus gros que le petit doigt.

M. Pozzi pense comme M. Dieulafoy qu'il faut opérer toujours, même à l'avance, même quand il n'y a pas d'accidents graves. En effet a ce moment l'opération rend grand service aux malades qui sont dès lors radicalement guéris au lieu d'être sans cesse exposés à des rechutes.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Ostéopériostites multiples consécutives a la fièvre typhoïde : absence du bacille d'Eberth dans le pus. — II. Lésions de l'estomac dans l'anémie pernicieuse progressive. — III. Aphasie urémique. — IV. Hémophilie avec stigmates télangiectasiques. — V. Pouls anacrote. — VI. Diphtérie (angine et croup), injection de sérum ; mort en quarante-huit heures.

I

(*Séance du 27 mars.*) — MM. Tuffier et Widal rapportent l'observation d'un homme ayant eu une fièvre typhoïde en octobre 1894, pour laquelle il séjourna deux mois au lit et eut une convalescence de trois mois. Un mois après sa sortie de l'hôpital, périostite à la partie moyenne de la face interne du tibia gauche ; peu après, seconde périostite à la partie inférieure du même tibia, puis troisième périostite à la partie supérieure du tibia droit. Lorsqu'il entre à la maison de santé, en février 1896, c'est-à-dire seize mois après le début de la fièvre typhoïde, ces trois tumeurs présentaient l'aspect suivant : « Celle qui siège sur la partie supérieure du tibia droit offre la consistance d'une hyperostose dure et présente l'aspect d'un segment d'ovoïde, long de 5 à 6 centimètres et large de 4. Cette hyperostose est indolente, sauf en un point de la partie supérieure. Des deux tumeurs de la jambe gauche, la supérieure est grosse comme un œuf de poule, fluctuante, immobile sur le tibia, et son contour est limité par un petit rebord osseux que l'on sent sous la peau, qui a conservé sa coloration normale. La tumeur inférieure, plus petite, présente les mêmes caractères. Ces abcès périostés

ont évolué depuis plus d'un an et d'une façon chronique, sans fièvre et sans réaction, à la façon d'abcès froids.

« L'incision de ces deux abcès, faite le 9 février, donne issue à un pus jaune clair et huileux qui, ensemencé en grande quantité, en divers milieux, ne fournit de cultures ni de bacilles d'Eberth, ni d'aucun autre microbe.

« Le 14 mars, on incise une collection fluctuante du volume d'un haricot, situé au-dessus de l'hyperostose, on en extrait des parcelles de fongosités dont les ensemencements sont restés également stériles. »

Il existe, par contre, quelques observations dans lesquelles le bacille d'Eberth subsistait dans le pus dix-huit mois et même six ans après une fièvre typhoïde.

II

Quelques auteurs attribuent l'*anémie pernicieuse progressive* à une lésion décrite sous le nom d'*atrophie gastrique*; M. Hayem ne partage pas cette opinion, et à ce propos rapporte deux cas mortels qu'il vient d'observer.

« Le premier cas concernait une femme de 47 ans, devenue rapidement anémique en mai 1895, sans avoir présenté d'autres troubles de santé que divers phénomènes dyspeptiques, moyennement prononcés. La veille de la mort, survenue le 2 février 1896, le nombre des globules rouges était tombé à 533.000. A l'autopsie, l'estomac était l'organe le plus lésé. Il était petit et sa paroi avait subi une atrophie générale.

« L'atrophie de la muqueuse atteignait son plus haut degré dans la région peptique ; à ce niveau, les coupes de cette membrane avaient à peine 1 millimètre d'épaisseur.

« L'étude histologique de la lésion, faite sur les préparations exécutées par mon chef de laboratoire, M. G. Lion,

a fait voir qu'il s'agissait de la période ultime d'une gastrite chronique, ayant passé par la phase de transformation muqueuse.

« Mon second malade n'était âgé que de 26 ans. Chez lui également, la maladie s'était développée sans cause. A l'autopsie, ainsi que pouvait le faire prévoir l'examen de la fonction chimique pratiqué pendant la vie, l'estomac n'était nullement atrophié. Il était le siège d'une gastrite mixte encore peu avancée dans son évolution. Le nombre des globules rouges était descendu, dans ce cas, à 381.000. Le sang renfermait dans les deux cas quelques rares globules rouges à noyau et était remarquablement pauvre en hématoblastes. »

Il est certain que si l'anémie pernicieuse progressive existe réellement comme espèce morbide, et si les deux cas précédents en sont bien des exemples, qu'une lésion constatée dans un cas devrait se retrouver dans l'autre, et que son absence, même dans une seule observation bien observée, suffit pour réduire à néant l'opinion qui voyait une relation de cause à effet entre cette lésion et cette maladie.

III

M. Rendu vient lire à la Société une observation très complète et prise avec beaucoup de soin d'un cas intéressant d'*aphasie urémique*.

Il s'agissait d'un homme de 56 ans, blanchisseur, apporté dans le coma à la salle Bouley le 24 mai 1894, trois heures après une attaque apoplectiforme : le malade est dans le coma, avec contraction des pupilles et résolution des quatre membres ; urines et garde-robes involontaires ; la sensibilité persiste en partie ; à l'auscultation du cœur,

souffle systolique, aortique ; pouls régulier et lent, température à 37°.

Dès le lendemain, le coma diminue, l'intelligence revient; aphasie avec monoplégie brachiale droite; urines légèrement albumineuses. M. Rendu pense à une embolie d'un des rameaux de l'artère silvienne gauche.

Pendant quinze jours état stationnaire.

Le 15 juin, oppression considérable et somnolence; quelques râles, trop peu nombreux pour expliquer la dyspnée. L'oppression et la stupeur augmentent les jours suivants.

Le 19, respiration de Cheyne-Stokes ; urines très rares avec 2 grammes d'albumine par litre. Accidents urémiques évidents. Saignée de 250 grammes et injection de 40 centimètres cubes de sérum artificiel.

L'amélioration se fait très rapidement et dès le 4 juillet le malade se retrouve dans son état antérieur : monoplégie brachiale et aphasie.

Le 20 juillet, les mouvements du bras commencent à se produire et le malade articule *oui* et *non* distinctement. Progressivement l'amélioration s'augmente, les mouvements reviennent complètement ainsi que la parole, et le 12 août le malade quitte l'hôpital complètement guéri en apparence.

M. Rendu pense que l'aphasie et la monoplégie étaient sous la dépendance de l'urémie; il se base sur plusieurs raisons pour établir ce diagnostic.

D'abord, les symptômes ressentis par le malade avant son attaque sont en faveur de son opinion. Pendant les quinze jours qui avaient précédé cette attaque, il souffrait d'une céphalée intermittente, de troubles de la vue passagers, de tendance au vertige.

L'évolution de l'aphasie et de la monoplégie sont aussi mieux en rapport avec l'urémie qu'avec l'embolie; dans le cas d'embolie, en effet, les accidents sont passagers ou permanents : passagers, ils disparaissent en quelques jours ; permanents, les troubles paralytiques s'accompagnent presque toujours de contracture; or, dans notre observation, les accidents paralytiques ont duré six semaines sans produire aucune contracture ; en outre, ils ont disparu bien plus complètement que lorsqu'il existe un ramollissement cérébral par embolie.

Cependant, si on rapproche cette observation des observations déjà connues de paralysie et d'aphasie urémiques, on remarque que dans l'observation de M. Rendu les troubles paralytiques et aphasiques ont été beaucoup plus prolongés que d'ordinaire.

Comment expliquer la pathogénie de ces accidents cérébraux urémiques? Deux hypothèses sont en présence : l'une, soutenue par notre ancien collègue Chauffard, est l'imprégnation de la circonvolution de Broca par les toxines que le rein malade élimine d'une façon insuffisante; l'autre, est la formation d'œdèmes localisés comprimant la substance cérébrale, œdèmes difficiles à constater, du reste, puisque ces suffusions œdémateuses disparaissent ordinairement après la mort.

M. Rendu se rattache à la seconde hypothèse qui lui paraît plus plausible et plus en rapport avec certaines autopsies où des œdèmes cérébraux ont été constatés.

IV

(*Séance du* 10 *avril.*) — M. Chauffard présente à la Société une malade atteinte d'*hémophilie.*

C'est une femme de 50 ans, qui ne présente aucun

antécédent familial hémorrhagique ; réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu de métrorrhagie ; la ménopause a eu lieu il y a trois ans.

A l'âge de vingt ans, première hémorrhagie. « Au moment où la malade se baissait, elle sentit couler sur son front quelque chose de chaud, c'était du sang provenant d'une hémorrhagie en nappe du cuir chevelu, sur la région médiane, et un peu au-dessus du front. Arrêt spontané, au bout d'une heure environ. »

Cette hémorrhagie du cuir chevelu s'est reproduite dix ans après dans les mêmes conditions.

Un an après, hémorrhagie palatine qui dura six à sept heures.

Depuis lors, hémorrhagies fréquentes en une série de points toujours à peu près les mêmes.

« *Aux membres* : pulpe du second orteil gauche, où l'on constate actuellement l'existence d'un petit point violacé, gros environ comme un grain de mil. A ce niveau, un frottement un peu rude, quand la malade se lave et s'essuie les pieds, fait sourdre le sang. Souvent aussi l'hémorrhagie est spontanée, ou provoquée par la marche seule, et est assez abondante pour imprégner le bas et la chaussure.

« Un peu plus tard, hémorrhagies par le médius de la main gauche, par le pouce droit ; à chacun de ces doigts, le sang s'écoule par la rainure sous-unguéale, et il semble que l'on voie à ce niveau un petit point ecchymotique. J'ai moi-même constaté plusieurs de ces hémorrhagies digitales.

« Au niveau de la fourchette sternale, il s'est produit une fois une hémorrhagie par deux petits points ecchymotiques qui ont disparu depuis.

« *A la tête*, outre les deux hémorrhagies du cuir chevelu, la malade a saigné une fois par le sourcil droit, où l'on note une petite ponctuation rouge, à l'union du tiers externe avec le tiers moyen ; et une fois par l'oreille gauche, sans qu'elle puisse dire si le point de départ était orificiel ou profond. Nous décrirons plus loin les stigmates très apparents de la face et des oreilles.

« *Par les muqueuses*, épistaxis très fréquentes, tous les quatre ou cinq jours environ, tantôt par l'une des narines, tantôt par les deux à la fois ; cinq fois environ le tamponnement antérieur des fosses nasales a été nécessaire.

« Plusieurs hémorrhagies palatines, dont la dernière, que j'ai pu suivre, a duré huit jours, et avait fort affaibli la malade.

« Il y a deux mois, petite hémorrhagie à la pointe de la langue et, il y a trois semaines, ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche, sans larmes de sang. Jamais d'hématurie, ni de mélœna.

« Toutes ces hémorrhagies cutanées ou muqueuses ont été *spontanées*, fortuites, et aucun molimen congestif, aucune modification de l'état psychique ne les précède ou les accompagne.

« Diverses *hémorrhagies traumatiques* ont eu également lieu.

« Il y a dix ans, ablation de la seconde petite molaire inférieure gauche (seule dent qui ait été arrachée) ; hémorrhagie grave, qui nécessite pendant vingt-quatres heures le tamponnement de l'alvéole.

« La moindre piqûre saigne abondamment, un choc, même léger, fait ecchymose, et pour ne pas saigner des gencives Mme C... a dû renoncer à se brosser les dents ;

elle se contente de les frotter doucement avec un linge fin. »

Si l'on examine les organes de la malade, on ne trouve qu'un certain degré d'artério-sclérose.

On aperçoit, disséminées sur les joues, le front, le pavillon de l'oreille, de petites stries rougeâtres ; si on examine ces petites taches à la loupe on voit qu'elles sont formées de dilatations de capillaires pouvant faire de petits nœvi en miniature. On voit de ces varicosités sur les revers muqueux de la sous-cloison des narines, sur le bord libre de la lèvre inférieure, à la voûte palatine, à la pointe de la langue.

Il semble que toutes les hémorrhagies observées jusqu'à ce jour ont eu pour point de départ une de ces télangiectasies.

L'examen du sang a montré un léger état anémique, avec diminution légère des hématies.

Cette observation présente des particularités à signaler.

D'abord c'est un cas *sporadique* et le plus souvent l'hémophilie est une maladie *familiale*.

Les arthropathies et les hématuries si fréquentes chez les hémophiles font ici totalement défaut.

Ces stigmates télangiectasiques sont le point de départ des hémorrhagies cutanées, si fréquentes chez cette malade, que l'on pourrait désigner son état sous le nom d'*hémophilie cutanée*.

V

(*Séance du* 17 *avril.*) — M. Huchard, toujours disposé à étudier avec soin tout ce qui regarde les affections du cœur, lit une note sur une forme particulière du pouls, qu'il a observée dans certains rétrécissements aortiques,

Il ne l'a constaté que quatre fois, chez des jeunes sujets atteints d'un rétrécissement très serré.

Ce pouls, qu'il appelle *anacrote*, offre un tracé sphygmographique très caractéristique; on peut du reste sentir sous le doigt cette forme spéciale.

Voici du reste comme il le caractérise lui-même à propos d'un malade de M. Rendu, jeune homme de 26 ans, atteint de rétrécissement aortique : « Le doigt, placé sur l'artère radiale, sentait parfaitement, au moment de la systole ventriculaire et de la diastole artérielle, deux soulèvements bien distincts. Un troisième soulèvement, que l'on percevait à peine, correspondait au dicrotisme normal du pouls.

« En un mot, la pulsation radiale semblait se faire en deux temps, comme si la systole ventriculaire eût été redoublée, et ce caractère est inscrit sur la ligne d'ascension du tracé sphygmographique qui, au lieu d'être oblique et *continue*, présente avant d'atteindre son sommet une sorte d'encoche assez semblable à celle qui correspond au dicrotisme de la ligne de descente. La manière la plus compréhensible de caractériser ce pouls consiste à dire qu'il est, en même temps, *à dicrotisme ascendant et à dicrotisme descendant.* »

Ce malade est rentré cette année dans le service de M. Huchard, qui a constaté les mêmes caractères du pouls.

A la séance suivante (24 *avril*), M. Potain fait une communication sur le *dicrotisme initial ou anacrotisme du pouls radial.* Il croit que le terme de dicrotisme initial est préférable au terme d'anacrotisme.

Il a observé ce pouls chez des personnes n'ayant aucune maladie du cœur; chez deux gymnastes, par exemple, où il existait habituellement et disparaissait après quelques

exercices de gymnastique; chez M. Potain lui-même, chez qui il n'existe pour ainsi dire pas d'ordinaire et est apparu très marqué au sommet de la tour Eiffel.

Ce pouls a été observé dans des états morbides divers, en particulier dans les coliques de plomb.

Pour M. Potain, il n'appartient à aucune maladie du cœur en particulier, mais il ne se produirait jamais dans les cas de rétrécissement mitral ni d'artério-sclérose.

VI

M. Variot fait une communication sur un cas de *diphthérie avec croup, suivi de mort.* Il commence par signaler que la mort par hyperthermie, se produisant rapidement après le tubage et les injections de sérum, n'est pas rare; il en a relevé environ quinze cas survenus au pavillon Bretonneau depuis seize mois. Voici en général ce que l'on observe :

« Un enfant est atteint d'une diphtérie plus ou moins intense propagée aux voies aériennes; la température au moment de l'entrée est normale ou ne dépasse guère 38°. L'enfant reçoit une injection de sérum et est tubé plus ou moins vite, selon les circonstances.

« Dès le soir de l'entrée ou le lendemain, la température monte à 40° ou au delà et en quarante-huit heures ou trois jours la mort survient, bien que l'obstacle au passage de l'air soit parfaitement levé par le tube et qu'il n'y ait pas eu obstruction à proprement parler.

« Très habituellement à l'autopsie on constate des membranes plus ou moins étendues dans le pharynx et les voies aériennes, et en même temps des lésions broncho-pulmonaires diffuses, avec ou sans foyers tuberculeux.

« Cependant, j'ai fait aussi quelques autopsies dans

lesquelles les membranes étaient très circonscrites et les lésions des poumons réduites à quelques foyers hémorrhagiques récents très limités. »

Il vient d'observer un cas où la mort ne peut pas être expliquée par des lésions pulmonaires qui n'existaient pas. En voici le résumé :

Enfant de 18 mois, entré le 11 avril, malade depuis deux jours, respiration difficile depuis la veille. A son entrée, tirage assez marqué, toux rauque, voix claire, deux petites plaques blanches sur les piliers postérieurs (bacille de Lœffler à l'examen bactériologique). Enfant vigoureux, en bon état. Le soir, les parents le trouvant mieux le remportent chez eux ; suffocations dans la nuit ; on le ramène à l'hôpital à 3 heures du matin et l'interne de garde fait le tubage.

Le 12 avril. Température 38°, injection de 15 centimètres cubes de sérum de Roux.

Dans la nuit du 12 au 13, la température monte à 40° et le 13 presque 40°5, après une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le soir à 10 heures, l'état général est très mauvais, la respiration irrégulière ; l'enfant meurt dans la nuit.

L'autopsie montre l'intégrité de tous les organes ; les poumons sont absolument sains sauf « à la partie moyenne et des deux côtés, un foyer symétrique de quelques centimètres d'étendue, rouge livide à la coupe et laissant suinter un peu de sérosité sanguinolente. Dans ces petits foyers infiltrés de sang, le parenchyme n'est pas densifié ».

M. Variot trouve que dans ce cas, la cause de la mort est tout à fait obscure et que les lésions ne suffisent pas à expliquer la mort.

Il pense devoir attribuer cette hyperthermie mortelle au sérum injecté, qui doit, dit-il, être employé prudemment puisque dans certains cas il produit une hyperthermie dangereuse.

M. Sevestre trouve que l'on ne doit pas incriminer le sérum sans avoir plus de preuves à l'appui ; il pense que cet enfant emmené dans sa famille pendant la nuit du 11 au 12 avril a pu être exposé à une « intoxication alimentaire ».

Sans nous arrêter à cette hypothèse fantaisiste, nous conclurons comme M. Variot que le sérum peut être accusé dans ce cas ; nous ajouterons, répétant ce que nous avons déjà dit dans une précédente revue, que le sérum de Roux est un médicament extrêmement précieux, mais aussi extrêmement actif ; qu'il doit être employé avec beaucoup de prudence : que des doses beaucoup plus faibles que celles qui sont conseillées par M. Roux nous ont toujours semblé suffisantes jusqu'à présent ; que nous sommes arrivés dans notre pratique à n'injecter que 5 centimètres cubes à la fois ; que chez un enfant de moins de deux ans, nous commencerions par 3 centimètres cubes ; que nous avons jusqu'à présent guéri tous les cas que nous avons eu à traiter.

Ajoutons que, pour nous, homœopathes, convaincus que le sérum de Roux agit suivant la loi des semblables et connaissant les aggravations produites par les médicaments employés à fortes doses, nous ne sommes pas étonnés des aggravations que l'on peut observer avec le sérum de Roux.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Scarlatine compliquée de variole.

M. Resser a observé un enfant de 6 ans, non vacciné, qui fut admis à l'hôpital au troisième jour d'une scarlatine bien caractérisée et chez lequel survint, au cours de la période de desquamation à grands lambeaux et en pleine apyrexie, une éruption de variole précédée d'un stade fébrile pendant lequel la température s'éleva à 39°8. La période de suppuration commença le cinquième jour après le début de l'éruption variolique ; celle de dessiccation n'eut lieu que quatre jours plus tard et dura dix jours en s'accompagnant d'une fièvre à type irrégulier. Le petit malade guérit.

Il faut noter ici l'absence de symptômes de néphrite scarlatineuse pendant la période où ces symptômes s'observent habituellement, période qui, dans ce cas, avait coïncidé avec l'invasion variolique. Ce fait est-il simplement accidentel ou bien dû à l'influence exercée par la variole sur le processus scarlatineux ? C'est là une question qu'il est impossible de résoudre. (*Semaine médicale*, 9 octobre.)

Anévrysme cirsoïde du cou, de la face, du plancher de la bouche et de la langue, traité par la méthode sclérogène.

M. Lannelongue publie l'observation d'une femme de 28 ans, atteinte d'une tumeur congénitale qui occupait la région sous-maxillaire du côté droit, dépassait la ligne

médiane en avant pour empiéter sur le côté gauche, remontait, d'autre part, sur la joue droite, à partir du menton jusqu'à la région parotidienne, suivait, pour ainsi dire, dans son développement le corps et la branche de la mâchoire du côté droit, formant en avant et au-dessous de cet os un relief saillant en forme de fer à cheval. Le plancher de la bouche du même côté, ainsi que la moitié environ de la langue, étaient aussi envahies par la tumeur, dont les caractères indiquaient qu'elle appartenait au groupe des anévrysmes cirsoïdes, et dont la gravité exceptionnelle exigeait une prompte intervention.

« J'ai eu recours à la méthode sclérogène employant la technique que j'ai conseillée : solution de chlorure de zinc 1/10, injection de 3 ou 4 gouttes par chaque piqûre dans les tissus immédiatement adjacents à la tumeur, sans d'ailleurs trop redouter de pénétrer dans la tumeur sanguine elle-même. J'ai fait ainsi 4 séances d'injections autour de la poche et dans la poche elle-même, sans qu'il soit survenu d'autre complication sérieuse que la formation de deux eschares au cou consécutivement aux injections.

Le traitement, commencé à la fin de mai 1892, était terminé à la fin de juillet, et la malade quittait Paris en août avec *un résultat immédiat* : transformation de la presque totalité de la tumeur en une masse dense, abolition presque complète des troubles fonctionnels, alimentation facile. J'ai revu cette femme deux fois depuis 1892 et j'ai constaté qu'il s'était produit, depuis mon intervention, une *sclérose lente atrophique* de la tumeur dans sa presque totalité, sclérose qui est la marque la plus sûre d'une guérison durable. (*Semaine médicale*, 15 janvier.)

LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION

M. Gabriel Hillairet, pharmacien en chef de l'Hôpital Général d'Angoulême, adresse à M. J.-V. Laborde la lettre suivante :

« Engagé par le Dr Bouyer, médecin légiste à Angoulême, à vous communiquer le cas ci-après de mort apparente par submersion, j'ai l'honneur et je m'empresse de vous faire cette communication :

« Samedi dernier, une fillette de deux ans et demi, sortant de table, pendant que ses parents sont à déjeuner, va dans la cour où l'on faisait la lessive. Cette enfant tombe la tête la première dans un tonneau d'eau (barrique coupée en deux.)

« Combien de temps est-elle restée ? Les parents l'ignorent. Mais s'apercevant de son absence, la mère sort de table, va dans la cour, et enlève l'enfant *qui ne donnait plus signe de vie;* pas besoin de dépeindre le désespoir des parents qui transportent au plus vite l'enfant chez le pharmacien le plus proche de chez eux.

« Le pharmacien déclare que l'enfant est morte et qu'il n'y a plus rien à faire.

« On vient me chercher à trois heures (la plupart des médecins étant à leurs visites.)

« J'arrive, je trouve l'enfant dans un lit, *froide*, *sans pouls*. Je la crois *morte*, moi aussi. Mais enfin, je crois devoir essayer...

« Je desserre les dents avec une petite cuillère, je saisis la langue avec une pince plate, je fais la *traction rythmée de la langue* pendant dix minutes, tout en flagellant l'enfant sur tout le corps, en lui donnant des

tapes sur la figure, et faisant la respiration artificielle.

« Au bout de quelques minutes, les joues se colorent légèrement en rouge; je dis aux parents qui m'entourent que je crois que la petite fille n'est pas morte.

« Je continue les *tractions de la langue*, j'entends un long soupir; je la crois sauvée; elle retombe dans le coma. Je continue les tractions rythmées; l'enfant porte la main à sa bouche.

« Je la fais mettre dans des linges bien chauds et je reprends les *tractions*.

« L'enfant pousse un petit cri, et ouvre les yeux; les bras remuent.

« Je la fais mettre sur les genoux de sa mère, auprès du feu et dans des flanelles bien chaudes. Je recommande de ne pas la laisser dormir, et de la flageller légèrement par tout le corps.

« Il était 4 heures de l'après-midi je reviens à 5 heures, l'enfant, quoique bien fatiguée, parle et sourit.

« Le lendemain, je vais la voir, elle était debout et jouait dans la chambre avec sa poupée. »

(*Tribune Médicale*, 15 janvier.)

Intoxication par l'iodoforme.

Le Dr Mouchet rapporte, dans la *Gazette des Hôpitaux* (19 décembre 1895), l'observation d'une malade atteinte de corps fibreux utérin, opérée par l'hystérectomie le 13 mai dernier. 8 jours après, le 21 mai au soir, après des suites opératoires jusque-là normales, elle éprouve une violente colique suivie de plusieurs évacuations solides, puis liquides. Peu de temps après, il survient de l'agitation, de l'anxiété, du délire. T. 38°. P. 100. Pas de vomissements.

Le 22. T. 39°. P. 110 ; ni frissons, ni vomissements. Le ventre est souple, pas de douleur abdominale spontanée et à la pression. Les sutures sont enlevées. La plaie est réunie. Les urines sont moins abondantes et colorées ; la langue mauvaise, du sub-délire et de l'agitation. Les tampons sont changés ; pas de suppuration ; état excellent de la plaie vaginale. Dans la crainte que les accidents précédents, malgré leur anomalie, ne soient la conséquence d'un empoisonnement iodoformique, nous introduisons au fond du vagin deux tampons de gaze stérilisée. Le soir, la température est à 38°,5, le pouls à 120, sans frissons, ni vomissements. La malade n'accuse aucune douleur et l'examen attentif des organes ne révèle aucune complication.

Le 23. Après une nuit agitée, le pouls tombe à 96, T. 38°5. Nous remarquons alors un érythème confluent aux cuisses, aux fesses, au ventre, à la poitrine ; à l'abdomen, la rougeur est uniforme et représente assez bien une éruption eczématique aiguë, elle semble partir de la ligne de suture ; aux cuisses l'érythème est nettement papuleux, rubéoliforme, plus intense à la partie interne ; les grandes lèvres sont également rouges ; de vives démangeaisons existent sur toute l'étendue de l'éruption. N'ayant plus de doute sur la nature de ces accidents qui nous avaient vivement préoccupé, nous enlevons les tampons et après injection abondante d'eau bouillie chaude, de façon à faire disparaître toute trace d'iodoforme, nous introduisons dans le vagin de la gaze stérilisée, nous lavons également la paroi abdominale. Malgré ces précautions, les phénomènes d'intoxication s'accusent de plus en plus. Les troubles gastriques sont très nets; dégoût des aliments, langue sale, dysphagie, soif vive, la malade est assez calme pendant le jour, mais

très agitée et délirante pendant la nuit. Le signe de Poncet (saveur alliacée au contact d'une cuiller d'argent) est très prononcé ; enfin les urines sont rares et colorées. Le soir, la température est à 39 degrés ; le pouls à 120. Il y a eu deux vomissements verdâtres et un peu de diarrhée ; grand malaise général, soif intense. L'éruption ne s'est pas modifiée.

Le 24. Douzième jour depuis l'opération, la nuit a été très mauvaise. T. 39°5 à 8 heures du matin, puis 40° à 10 heures. P. 130. Le faciès est altéré, la langue très sale, la saveur alliacée est plus intense que la veille, quelques gorgées de liquide sont aussitôt rendues qu'absorbées; il y a un peu de diarrhée. L'éruption s'est étendue et la malade éprouve des démangeaisons insupportables qui la poussent à se gratter avec énergie. Le ventre est très souple, sans douleurs ; les urines rares et rouges ; elles contiennent un peu d'albumine. Nous faisons prendre dans la journée 10 grammes de bicarbonate de soude, du champagne glacé coupé d'eau et pratiquons une injection hypodermique de 25 centigrammes de chlorhydro-sulfate de quinine.

A 6 heures du soir, la température tombe brusquement à 37°8, le pouls à 120. La malade se sent mieux ; l'urine est plus abondante, plus claire. L'éruption a de la tendance à diminuer.

A partir de ce jour, le thermomètre ne s'est pas élevé au-delà de 37 degrés et le pouls a oscillé entre 76 et 80. La langue s'est peu à peu dépouillée, l'appétit s'est fait sentir et la diarrhée a cessé. Enfin, le sommeil est revenu calme et réparateur. L'éruption avait complètement disparu quelques jours après, en produisant une desquamation furfuracée assez abondante. Le bicarbonate de

soude a été continué pendant plusieurs jours encore. Enfin, le dix-huitième jour, la malade avait repris assez de force pour se lever et se promener dans le jardin quatre jours après.

VARIÉTÉS

BANQUET DU 141e ANNIVERSAIRE DE HAHNEMANN

Le 11 avril dernier, un grand nombre d'homœopathes parisiens se sont réunis pour fêter le 141e anniversaire de la naissance de leur maître Hahnemann.

Voici les différents toasts qui ont été portés .

Le Dr Boyer :

Messieurs,

Nous célébrons aujourd'hui le 141e anniversaire de la naissance de Hahnemann et le centenaire de la découverte de l'homœopathie.

Ce n'est pas le lieu et je n'ai pas la pensée de vous parler ici de la doctrine de notre maître ; mais je voudrais en terminant ce banquet confraternel qui réunit ses disciples, rendre un commun hommage à sa glorieuse mémoire, saluer respectivement une rare vertu qui pare merveilleusement ce puissant génie, une probité scientifique poussée par lui jusqu'à l'héroïsme.

Chargé d'une nombreuse famille et recherché déjà par une clientèle importante, Hahnemann renonça complètement à l'exercice de la médecine dès qu'il eut la preuve de son impuissance, dès qu'il fut certain de ne pouvoir traiter consciencieusement ses malades par une méthode qui n'avait plus sa foi.

Privé de ses ressources professionnelles, il fut obligé de faire des traductions pour vivre, et tout le monde sait qu'il découvrit la loi des semblables en traduisant la matière médicale de Cullen. C'est ainsi que la providence récompensait déjà le sacrifice si noblement fait par lui à ses convictions scientifiques.

Pour appliquer la loi de similitude qu'il vient de découvrir, il ne se contente pas des expériences faites par ses devanciers, mais, se mettant courageusement à l'œuvre, il étudie sur lui-même les substances les plus toxiques, sans se préoccuper une minute des dangers qu'il peut courir.

Il veut ainsi faire connaître avec une plus scrupuleuse exactitude ce que ses recherches lui avaient révélé, sans rien ajouter, sans rien retrancher au tableau symptomatique qu'il lui avait été donner d'observer.

Car, dit-il dans l'Organon, « il faut que ce qui est con-
« jecture, assertion gratuite ou fiction soit sévèrement
« exclu de la matière médicale. On n'y doit trouver que
« le langage pur de la nature interrogée avec soin et bonne
« foi. »

Ses expériences ont été fort critiquées; on les a trouvées naïves, invraisemblables, impossibles ; on a nié que certains symptômes extraordinaires ou baroques aient pu être observés dans de véritables expériences scientifiques.

Le temps, Messieurs, est venu donner raison à Hahnemann et le témoignage de ses disciples a prouvé qu'il n'avait rien imaginé, rien inventé dans les innombrables symptômes de la matière médicale.

Qui de nous, en effet, n'a pas été à même d'observer dans le cours des maladies naturelles les symptômes les plus extraordinaires, les plus invraisemblables, absolument identiques à ceux que Hahnemann avait relatés dans ses

expériences sur l'homme sain et décrits presque dans les mêmes termes.

Ce sont ces mêmes symptômes qui ont été déterminants pour le choix du remède curatif et qui ont prouvé tout à la fois et la sincérité du maître et la vérité de la loi des semblables.

Hahnemann a donc encore une fois, dans la rédaction des procès-verbaux de la matière médicale, donné l'exemple d'une probité inattaquable sans se préoccuper des trop faciles critiques que lui opposeraient des esprits superficiels ou prévenus.

Ce n'est pas tout. Quand il eut découvert, comme conséquence pratique de la loi des semblables, l'action nettement curative des doses infinitésimales, il se garda bien de faire de ces nouveaux moyens si efficaces un remède secret qui lui eût sans doute donné la fortune. Hahnemann ne travaillait jamais pour lui-même. Avec sa bonne foi ordinaire, son scrupule de la vérité, son dévouement à la science, il fait publiquement connaître la préparation complète de ces nouveaux remèdes. Il ne veut rien atténuer, rien dissimuler, sachant cependant d'avance quelles armes perfides trouveront là contre sa doctrine des adversaires envieux, ignorants ou de mauvaise foi.

N'est-ce pas là, Messieurs, l'extrême limite où puisse être poussé, par l'abnégation personnelle, le culte de la vérité scientifique?

Fiers de ce grand exemple, ne sommes-nous pas en droit de demander à nos contradicteurs un compte sévère de leurs singuliers procédés actuels? Que voyons-nous dans le développement nouveau de la médecine officielle ? Quelles sont aujourd'hui ses plus bruyantes découvertes?

On guérit la rage par le virus rabique dynamisé, les maladies les plus graves par le virus capable de les produire, la sérumthérapie, pour tout dire en un mot, est acclamée comme un moyen d'universelle guérison des plus redoutables maladies.

Qu'est cela, Messieurs, sinon une nouvelle application de cette loi scientifique découverte il y a cent ans par celui dont nous célébrons aujourd'hui le souvenir ? Les propres adversaires de la loi de similitude semblent aujourd hui lui dresser des autels. Toutes leurs découvertes procèdent de cette loi ; et, malgré leur science, incontestée d'ailleurs, pas un n'a l'honnêteté d'en convenir ; disciples d'Hahnemann malgré eux, ils ont le triste courage de renier leur maître.

Que cette attitude est donc mesquine en face de cette admirable délicatesse de conscience dont je vous parlais tout à l'heure. D'un côté, tous les intérêts sans exception sacrifiés à la découverte puis à la propagation de la vérité ; de l'autre, l'appropriation successive sans scrupule et sans franchise d'une découverte qu'on ose encore railler.

Ce parallèle est trop à la gloire de Hahnemann pour que nous n'ayons pas le droit d'y insister aujourd'hui, revendiquant pour lui sa glorieuse part dans le patrimoine commun de la science.

Je bois, Messieurs, à la mémoire de Hahnemann et à sa probité scientifique :

Le Dr Léon Simon :

Messieurs,

Il y a juste un siècle que la loi des semblables a été affirmée pour la première fois. Nous pourrions consacrer

cet anniversaire à rendre hommage à tous ceux qui, par leurs efforts, ont assuré la longévité de l'homœopathie : aux morts et aux vivants; aux anciens et aux jeunes ; aux maîtres et aux élèves ; aux écrivains et aux lecteurs ; aux fondateurs de nos hôpitaux et à ceux qui les entretiennent généreusement par leurs subsides ; aux journalistes qui disent du bien de nous, et même, comme nous sommes bons princes, aux allopathes qui nous pillent et nous houspillent ; aux chefs d'Etat qui, depuis le duc d'Anhalt-Cœthen jusqu'au président de la République du Mexique, nous ont soutenus contre nos détracteurs, ont fait respecter notre dignité et favorisé notre enseignement. Tous ont trouvé bien des fois place dans nos toasts, mais il y a des personnes auxquelles on n'a jamais fait allusion, que je sache ; cependant elles ont droit à notre gratitude, et par l'importance des services qu'elles nous ont rendus et parce qu'elles nous les ont rendus à leurs dépens ; je veux parler de ceux qui ont expérimenté les médicaments sur eux-mêmes.

Hahnemann, en faisant reposer la médecine sur l'expérimentation pure, lui a donné le plus beau piédestal sur lequel une statue ait jamais été élevée. Il a su transfigurer la souffrance et résoudre le problème vraiment paradoxal de la rendre bienfaisante en la forçant bon gré mal gré à nous livrer le secret des engins propres à la détruire. C'est à ceux qui ont collaboré avec lui dans cette œuvre que j'offre mon toast : à ces souffre-douleurs, à ces pourvoyeurs de symptômes : à tous ceux connus et inconnus qui, par l'essai des médicaments sur eux-mêmes, ont créé notre matière médicale. A eux et à ceux qui les imiteront !

Le Dr P. Jousset :

Au deuxième centenaire de l'homœopathie !

Messieurs,

Vous venez d'entendre M. Léon Simon. Dans son éloquent toast au premier centenaire de l'homœopathie il nous a retracé les commencements de la réforme de Hahnemann et en a décrit les prodigieux progrès.

Que sera l'homœopathie dans cent ans d'ici ?

De quoi demain sera-t-il fait ? a dit un grand poète.

Vous ne pensez pas, Messieurs, qu'inspiré de l'esprit prophétique j'entreprenne de vous faire le tableau de l'état de la société et de la médecine en 1996 Sans doute on pourrait en calculant les progrès accomplis conjecturer ceux qui se produiront encore.

Non, Messieurs, rien de cela n'est satisfaisant ; la seule chose que je puisse vous affirmer, c'est que l'homœopathie sera ce que les homœopathes la feront. Le succès de notre doctrine est entre nos mains aujourd'hui, demain il sera dans celles de nos enfants et de nos petits-enfants.

Le deuxième centenaire sera-il glorieux ou nul, cela dépendra de notre attitude. Si nous nous isolons dans notre petite ou notre grande clientèle, si nous nous désintéressons de l'œuvre commune, la vérité thérapeutique ne périra pas pour cela, mais ses progrès se feront sans nous et contre nous.

Si au contraire nous restons sur la brèche, si, fidèles à la doctrine de Hahnemann qui plaçait la méthode expérimentale au-dessus de tout, même au-dessus de la loi de similitude, si, à son exemple, nous travaillons incessamment et restons les pionniers de la thérapeutique, alors le deuxième centenaire sera glorieux, et nos des-

cendants pourront boire à l'héritage que nous leur aurons transmis.

Au deuxième centenaire de l'homœopathie !

Le Dr Conan :

Permettez, Messieurs, à l'un de vous, à l'un des soldats indépendants de l'homœopathie, de joindre sa voix à la vôtre, d'offrir son tribut d'admiration et de respect à l'homme de génie dont nous célébrons l'anniversaire et de porter en même temps un toast à la liberté scientifique sous le drapeau de Hahnemann.

Aucun médecin n'a réuni à un aussi haut degré en lui l'amour exclusif de la vérité, amour poussé si loin qu'il lui a sacrifié honneurs, repos, considération des hommes, le pain même de sa famille. Nul plus que lui encore n'a poussé plus loin le respect absolu de la vie humaine ; aussi l'homœopathie est-elle à la fois une médecine si douce et si puissante, si inoffensive et si efficace que l'adage *primum non nocere* semble avoir été écrit pour elle. L'homœopathie est en même temps une œuvre de progrès, s'adaptant à tous les progrès, les ayant pour ainsi dire tous prévus, car tout progrès découle d'une vérité première, et quand celle-ci est absolue et de bon aloi, les découvertes de l'avenir ne peuvent que la confirmer et non la détruire. Voyez, en effet, ce qui se passe de nos jours.

Providentiellement, à mon sens, un savant illustre, un homme de génie, Pasteur, s'est trouvé regarder, lui aussi, la nature face à face. Il ne pensait pas aux choses de la médecine ; chimiste mais vitaliste, il cherchait les lois des phénomènes inexpliqués. De l'étude des cristaux, de l'étude du règne minéral il s'est élevé, conduit comme par

la main, à celle du monde végétal et de celui-ci à l'étude des lois de la vie et de la mort dans le règne animal et enfin chez l'homme. Là il s'est rencontré avec Hahnemann...

La serumthérapie de Roux, c'est le virus devenu vaccin, c'est le poison devenu remède, c'est une des formes de l'isopathie ou de l'homœopathie, à la fois une atténuation selon nos procédés, mais aussi une transformation du virus opérée par un ouvrier plus puissant que nous et nos creusets, par l'organisme vivant, la force vitale en état de lutte et de défense. Il y a donc là un progrès avéré dont nous devons nous servir, nous autres homœopathes. La sérumthérapie est bien évidemment de la descendance de Jenner et de Hahnemann, mais si elle est une fille de notre maître, elle n'est pas une fille du même lit. J'ajoute qu'à mon sens les procédés de Pasteur et de ses élèves ont plus fait pour la glorification de l'homœopathie et pour le rapprochement futur des deux écoles que tous nos discours qu'on n'entendait pas, que tous nos livres qu'on ne lisait pas, que toutes nos tentatives de conciliation qu'on dédaignait.

Et c'est pourquoi, Messieurs, il y a déjà plusieurs années, j'avais l'honneur d'appeler votre attention sur l'importance des produits isopathiques que j'appelle plus volontiers homœopathiques, car le nom vient de Hahnemann lui-même.

Nous savions qu'il y avait là une source admirable, mais non sans danger, de démonstration de la loi des semblables. Nous vous l'avons signalée. Notre voix est restée sans écho. Mais comme la vérité ne perd jamais ses droits, nos adversaires eux-mêmes et la brutalité du fait clinique vous ont forcé la main et je constate aujourd'hui

avec une certaine satisfaction que la dernière page d'un des deux seuls journaux, hélas ! que nous possédons, renferme l'annonce de produits isopathiques dont l'efficacité semble être admise aujourd'hui. Si je me reporte, Messieurs, à ces souvenirs contemporains, c'est moins pour une satisfaction personnelle que pour les rattacher à des principes plus hauts.

Comment, en effet, devons-nous imiter Hahnemann ? Deux voies s'ouvrent devant nous, l'imitation dans la lettre, je ne dis pas servile, mais pieuse, et, de l'autre, l'imitation dans son esprit avec la liberté, le libre examen qui cherche et qui contrôle, avec la méthode expérimentale dont s'est servi le premier le grand réformateur. Ces deux méthodes également respectables, l'autorité de la tradition d'une part, le progrès indéfini, illimité de l'autre, sont-elles inconciliables ? Doivent-elles s'exclure ? Je ne le crois pas. Si nous voulons les associer, nous éclairer à la fois par leur rapprochement et leur opposition, l'homœopathie qui représente aujourd'hui une infime minorité alors qu'elle est en même temps la science, la tradition et le progrès, peut avant trente ans s'imposer à tous. C'est dans cet espoir que je porte un toast à la liberté scientifique, laquelle recueille, soutient, encourage tous les efforts ; que je porte, dis-je, un toast à la liberté scientifique sous le drapeau de Hahnemann.

Le Dr James Love :

Messieurs,

Notre excellent confrère et ami Léon Simon portait tout à l'heure un toast à toute une catégorie de collaborateurs de Hahnemann, ceux qui avaient expérimenté les médicaments sur eux-mêmes.

Je vous demande la permission de porter un toast à une autre catégorie de gens à qui s'applique le même signalement : ce sont nos clients. Il est certain qu'ils expérimentent aussi nos médicaments sur eux-mêmes, et ils sont bien nos collaborateurs, car s'il y a quelquefois des malades sans médecin, il n'y a pas de médecin sans malades.

Si je vous disais qu'en buvant à leur santé, je leur souhaite une santé complète, vous ne me croiriez pas. J'ai eu pour maître et ami le professeur Trélat qui avait coutume de dire : « Je n'aime pas les malades qui ne vont pas bien. » Eh bien! je suis tout à fait de son avis. Aussi je souhaite à nos clients, non pas une santé parfaite, mais une de ces santés qui, les faisant vivre longtemps, leur permette de nous consulter longtemps ; enfin une de ces santés entre le ziste et le zeste qui leur fasse apprécier périodiquement les bienfaits de notre thérapeutique.

Donc à la demi-santé de nos clients, nos collaborateurs naturels !

NÉCROLOGIE

H. PIEDVACHE.

La mort vient de faire une nouvelle victime dans nos rangs. Un ancien rédacteur de l'*Art médical*, H. Piedvache, vient de succomber.

Fils d'un médecin de Dinan, il avait été un interne distingué des hôpitaux de Paris, puis était retourné à Dinan où il s'était fait comme médecin et comme chirurgien une grande situation. Il était médecin de l'hôpital et était très appelé dans toute la région.

Il fit partie de ce groupe de médecins bretons qui vinrent il y a plusieurs années à l'homœopathie, à la suite de son ami le Dr Regnault, professeur à l'École de médecine de Rennes.

La première fois que j'ai vu Piedvache, c'est à Dinan, où il m'avait appelé en consultation il y a déjà longtemps. Dans cette première entrevue, je fus frappé de toutes ses aimables qualités et de sa grande science médicale, Aussi plus tard, quand il me fit part de son projet de venir à Paris, j'accueillis cette nouvelle avec un vrai plaisir en pensant à tous les services que cette grande intelligence médicale pouvait rendre à la cause de l'homœopathie.

Il fut accueilli dans notre école par la sympathie de tous et fut appelé dès son arrivée à Paris à faire partie des médecins de l'hôpital Saint-Jacques. Là il nous révéla un nouveau côté de son talent ; il se trouva que cet habile médecin était encore un très habile chirurgien et les grandes opérations se succédèrent dans les salles.

C'est vers cette époque que le vénérable abbé Carton, curé de Montrouge, nous chargea de servir l'hôpital qu'il avait fondé rue des Plantes. Avec son activité infatigable, Piedvache trouva encore le moyen de faire un service dans cet établissement et il le continua jusqu'à la mort du curé de Montrouge. L'hôpital passa alors dans les mains de l'archevêché qui y établit d'autres médecins.

Malgré ses services d'hôpitaux, Piedvache fut un des plus féconds collaborateurs du « *Traité de Matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive* ». Il prit une grande part à la rédaction de l'*Art médical* et fit pendant plusieurs années, au quartier latin, avec mon fils, un cours public de thérapeutique.

Au milieu de tous ses travaux, la clientèle se développa

très rapidement et bientôt Piedvache fut un des médecins les plus occupés de Paris : il était arrivé et il le méritait.

C'est à ce moment qu'il fut éprouvé par la mort de trois de ses enfants ; triste, inquiet, surmené, il vit sa santé décliner et fut obligé d'abandonner une partie de ses œuvres et de renoncer au service de l'hôpital Saint-Jacques.

Pendant l'hiver 1895, Piedvache fut très sérieusement atteint par la grippe. Il garda un peu d'albuminurie dont il ne parla à personne et presque subitement, en quelques jours, à la fin d'avril, il fut enlevé par une attaque d'urémie.

Cette mort est une grande perte pour sa famille, pour son fils aîné qui n'a point encore terminé ses études médicales et pour lequel il était un guide nécessaire ; c'en est enfin une pour ses amis habitués à trouver en lui aide et assistance, témoin notre confrère Dacher qu'il a soigné avec tant de dévouement il y a quelques mois.

Piedvache a laissé une bonne *traduction de Storck, l'histoire de très nombreux médicaments dans le Traité de matière médicale expérimentale* et *de très importants articles dans l'Art médical*, dont il fut un rédacteur assidu et distingué. *Il avait commencé un grand travail de matière médicale.* Je crains bien qu'il ne l'ait pas achevé. La mort l'a saisi dans toute la force de l'âge, à 57 ans, et alors que nous pouvions encore attendre beaucoup de lui.

Dr P. Jousset.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

JUIN 1896

ETIOLOGIE

QUESTION DE LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE

De l'inoculation de la tuberculose à l'homme.

Dans les articles que nous avons publiés sur cette question, nous avons conclu que la tuberculose n'était transmissible à l'homme que par les procédés de laboratoire; or, l'inoculation soit par dissection, autopsie ou autres accidents est parfaitement comparable aux procédés de laboratoire qui consistent à inoculer la tuberculose aux animaux. Nous avons donc trouvé intéressant de recueillir les faits relatifs à cette inoculation.

Ces faits, assez nombreux, nous permettront de démontrer que l'homme résiste habituellement à ce mode d'inoculation ; et que, presque toujours, cette inoculation se borne à une lésion locale. Non que nous ignorions qu'il existe un certain nombre de cas de généralisation de la tuberculose après inoculation, mais nous croyons que ces cas, très peu nombreux du reste, sont susceptibles de recevoir une autre explication.

Cette résistance relative de l'homme à l'inoculation de la tuberculose, comparée à la réceptivité si grande de certaines espèces animales, est une démonstration de cette loi d'étiologie sur laquelle nous avons souvent insisté : *chaque espèce animale pâtit suivant sa nature.*

Le professeur Arloing, de Lyon, a lu au congrès de 1888 une note qui confirme pleinement cette doctrine étiologique.

« Si l'on compare le cobaye au lapin, on est frappé de la faible réceptivité de celui-ci pour le virus tuberculeux de l'homme ; loin d'être *follement tuberculisable*, il arrive, parfois, que le lapin ne contracte même pas la tuberculose qu'on voudrait lui donner par inoculation. »

Un peu plus loin le professeur Arloing ajoute :

« Tandis que chez le cobaye la tuberculose progresse régulièrement du point d'inoculation aux poumons, jalonnant son passage dans le système lymphatique sans omission, elle va frapper inopinément le poumon chez le lapin en laissant quelquefois seulement de toutes petites granulations dans le tissu conjonctif où l'on a déposé la semence. »

Il est superflu d'insister d'avantage. Aujourd'hui tous les physiologistes savent bien que si le cobaye est le réactif le plus sûr de la tuberculose, la chèvre et quelques autres animaux sont presque réfractaires à l'inoculation de ce produit morbide. Les faits que nous allons maintenant examiner prouveront que l'homme compte parmi les espèces les plus réfractaires à la tuberculose inoculée et qu'on doit compter avec cette résistance de l'homme à se laisser envahir par la tuberculose dans la question de la transmission de cette maladie.

Voici les faits que nous relevons dans le compte rendu du congrès sur la tuberculose en 1888.

Premier fait. — Le D[r] Torkomian, piqûre anatomique, le 16 mars 1882, en faisant l'autopsie d'un homme mort de tuberculose généralisée. Un abcès à marche aiguë avec engorgement des ganglions épitrochléens et axillaires

succéda immédiatement à cette piqûre. L'abcès ayant été ouvert au bistouri, un bourgeon charnu persista quelque temps et disparut sous l'influence de cautérisation au nitrate d'argent. En 1888, c'est-à-dire six ans après, le Dr Torkomian ne présentait aucun signe de tuberculose.

Deuxième et troisième faits. — Ce sont ceux de Verneuil et de Maisonneuve. Ces deux chirurgiens se blessèrent au cours d'une opération sur un tuberculeux, portèrent pendant quelque temps un tubercule anatomique et cependant, depuis trente-huit ans, la tuberculose ne s'est pas généralisée.

Quatrième fait. — Le Dr Vercher rapporte qu'une femme ayant été mordue par son mari phtisique présenta un tubercule anatomique des plus caractéristiques sans aucune généralisation.

Cinquième fait. — Le professeur Chauveau se piqua en faisant l'autopsie d'un malade mort de granulie. A cette piqûre succéda un tubercule anatomique qui persista pendant trois mois, et dix-neuf ans après, il n'existait aucun symptôme de tuberculose.

Sixième fait. — Le Dr Jenele, de Bordeaux, cite le fait d'une fille publique mordue par une de ses compagnes tuberculeuse ; cette morsure détermina un abcès froid sans généralisation.

Septième fait. — Un vétérinaire, en faisant l'autopsie d'une vache tuberculeuse, se piqua, eut un abcès qui exigea une excision de tubercule sous-cutané. Il n'y eut pas de généralisation (Dr Tschernig).

Huitième fait. — Le Dr Barthélemy a guéri une religieuse de Saint Louis qui s'était piquée en pansant un abcès froid. La lésion avait duré trois ans ; elle ne s'était pas généralisée.

Neuvième et dixième faits. — Le même auteur rapporte deux autres cas identiques, mais il ne donne aucun détail. Il ajoute :

« Je dois dire que je n'ai observé aucun cas de tuberculose généralisée ou viscérale, consécutif au tubercule anatomique soit abandonné à lui-même, soit traité par la méthode sanglante. » (Pag. 278. Compte rendu du Congrès, 1888.)

Onzième fait. — Tschernig rapporte qu'une servante se coupa avec le crachoir en verre de son maître phtisique. Cette coupure détermina un accident au doigt et une propagation aux ganglions du coude et de l'aisselle. On fut obligé de faire l'amputation du doigt et d'enlever les ganglions malades. La présence du bacille de Koch fut constatée. Cependant, depuis sept ans, il n'y a aucune généralisation.

Ainsi, voilà onze faits d'inoculation tuberculeuse chez l'homme sans généralisation de la maladie. D'où nous pouvons conclure que l'homme possède une grande résistance à l'envahissement de la tuberculose à la suite d'inoculations.

Douzième fait. — Le Dr Jeanel, de Bordeaux, cite cependant l'observation d'une femme qui contracta un tubercule anatomique en soignant son fils tuberculeux, et qui plus tard succomba à la phtisie. Je n'ai pas besoin de remarquer que, dans ce cas, l'hérédité joue un rôle fort important.

Il en est de même du cas de Laennec si souvent rappelé. Laennec mourut phtisique à 45 ans, plus de vingt ans après s'être fait une piqûre suivie du développement d'un tubercule anatomique, et l'on oublie qu'à l'âge de six ans, Laennec perdit sa mère de phtisie pulmonaire.

De ces faits, on peut conclure que la transmission de la tuberculose par inoculation à l'homme est tout à fait exceptionnelle, et qu'elle ne se réalise que dans les organismes entachés d'une prédisposition héréditaire.

On a objecté que la transmission de la tuberculose par piqûre était souvent stérile, on a même fait quelques expériences pour démontrer ce fait, mais cette objection ne prouve rien contre notre thèse, puisque nous ne citons que les cas où l'inoculation avait produit un accident local, en négligeant forcément ceux beaucoup plus nombreux dans lesquels cette inoculation était restée complètement stérile.

Dr P. Jousset.

CLINIQUE

Encore la clinique et la bactériologie

M. le Dr Charrin a publié dans la *Semaine médicale* (14 mars 1896) une observation qu'il intitule : *Endocardite staphylococcique d'origine amygdalienne, siégant sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.*

Tel est le diagnostic bactériologique. Or le diagnostic clinique est : *grippe broncho-pulmonaire avec endocardite végétante.* C'est au moins ce que nous avons l'intention de démontrer. Chemin faisant, nous aurons à examiner de très nombreuses explications par lesquelles M. Charrin essaye d'étayer son diagnostic. Nous aurons aussi à faire la critique d'un traitement qui, bien que conforme aux données de la pathogénie, constitue une association de moyens thérapeutiques assurément peu commune. Nous

n'avons pas besoin de dire que notre critique s'inspirera toujours de la grande considération que nous avons pour le savoir et le caractère de M. Charrin.

Voici d'abord l'histoire du malade que nous copions textuellement :

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, couché au lit nº 6 de la salle Saint-Christophe.

Ce jeune homme, employé de restaurant, avait subi, depuis trois mois, une croissance rapide; il s'était allongé, sans acquérir dans les autres diamètres du corps les diamètres proportionnels ; il avait senti des douleurs épiphysaires dans le voisinage des genoux. Néanmoins, en dépit de ces processus, la santé était, en apparence, demeurée relativement bonne. Il travaillait régulièrement quelques jours avant son entrée à l'hôpital, lorsqu'une amygdalite aiguë est venue soudainement l'obliger à cesser ses occupations. A son entrée dans le service, on constata une maigreur accentuée, une pâleur profonde, une adynamie intense, une température oscillant entre 40 et 41, une dyspnée prononcée. L'auscultation permit de reconnaître l'existence de foyers broncho-pneumoniques siégeant dans le poumon droit ; de la submatité, du souffle, des râles sous-crépitants, etc., ne laissaient aucun doute à cet égard. La conservation des vibrations écartait l'idée d'un épanchement. D'autre part, le foie, la rate un peu développée, une albuminurie de moyenne quantité, des bruits cardiaques sourds etc., nous remarquerons que la lésion des valvules sigmoïdes aurait dû donner lieu à un bruit de souffle dont il n'est pas question), complétaient ce tableau qui, par le facies seul du patient, faisait songer à l'infection.

Bien que l'examen de la gorge n'ait, à cette période,

révélé qu'une tuméfaction peu considérable de l'amygdale droite, l'histoire du passé, rapprochée des symptômes présents, fit porter *le diagnostic de broncho-pneumonie de nature infectieuse, peut-être grippale, consécutive à une angine.*

En raison de la faiblesse du myocarde, d'une pression tombée à 15 à 16 ; en raison surtout des obstacles que le cœur droit avait à vaincre pour faire cheminer le sang dans un parenchyme hépatisé, on *prescrivit la digitale, la quinine, l'acide salicylique uni au phénol, dans un mélange à parties égales de rhum et d'eau de tilleul.* (Nous regrettons que les quantités de médicaments n'aient pas été indiquées.)

Désireux de pallier à un début d'asphyxie facile à expliquer par l'état du cœur, des viscères respiratoires, par la fièvre, sans doute aussi par les gaz consommés, par les microbes en activité nous avons ordonné d'abondantes inhalations d'oxygène et de larges applications de ventouses sèches.

En dépit de nos soins, le mal poursuivait son évolution ; la fièvre, après une défervescence passagère, devenait plus intense ; l'adynamie s'accentuait ; le patient souffrait de plus en plus ; en particulier, d'une vive douleur de côté.

Dans ces conditions nous avons eu recours à la saignée générale..... Cette saignée a procuré à notre malade un soulagement visible ; malheureusement, dans notre cas, la gravité du mal l'a emporté sur les ressources du traitement. Le patient a succombé.

Vous avez pu voir que le foie était graisseux, dégénéré ; que la rate était molle ; que la substance corticale des reins était pâle. Toutefois, ce qui a frappé l'attention,

c'est, d'un côté, l'existence de *foyers broncho-pulmonaires pseudo-lobaires*, occupant le tiers du poumon droit; c'est principalement la découverte de bourgeons saillants, implantés au niveau des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

. . . .

Des recherches plus approfondies ont révélé la présence au sein de ces foyers thoraciques, dans ces végétations endocardiques, du staphylocoque doré, qui, quelques jours auparavant, avait pullulé dans l'exsudat blanchâtre recouvrant l'amygdale.

Nous nous proposons d'examiner cette observation tant au point de vue diagnostique et pathogénique que thérapeutique.

Au point de vue pathogénique, M. Charrin n'hésite pas à dire que le staphylococcus doré qui pullulait dans les amygdales, a pénétré dans les vaisseaux; s'est localisé d'abord à la base des valvules sigmoïdes du cœur droit, puis de là a gagné le poumon droit où il a déterminé des foyers broncho-pulmonaires. D'où le nom d'endocardite staphylococcique qu'il a imposé à ce cas pathologique.

Cependant le bon sens clinique du Dr Charrin a fait naître un doute dans son esprit, sur l'exactitude de cette explication. Il s'est demandé comment un microbe qui avait créé un état si bénin dans la gorge était devenu si dangereux après sa pénétration dans l'organisme. Avait-il acquis une plus grande toxicité à cause de son siège nouveau ou bien sa lutte et son triomphe de la phagocytose avaient-ils augmenté sa virulence. Rien de tout cela, car les staphylocoques provenant du malade, introduits en grande quantité chez des souris et d'autres animaux se

sont montrés sans action appréciable. D'où l'obligation pour M. Charrin de proclamer ici la nécessité de tenir compte *du terrain*, c'est-à-dire de la prédisposition organique.

Nous devons faire encore une autre objection. M. le Dr Charrin dit et affirme que le staphylocoque doré a d'abord envahi le cœur droit, puis de là le poumon. Et cependant, si nous nous reportons à l'observation, nous voyons que dès le début on a constaté les signes de l'hépatisation pulmonaire et que jamais on n'a signalé le bruit de souffle produit à l'orifice pulmonaire.

Nous regrettons que l'observation de M. Charrin soit insuffisante sous le rapport de la description des symptômes, mais telle qu'elle est, elle nous offre un tableau très net d'un cas de grippe avec localisation sur le poumon et sur le cœur droit; et nous disons grippe, parce que par sa haute thermalité, par son adynamie profonde, par son facies pâle et grippé, par une dyspnée qui n'était point en rapport avec les lésions, par la marche rapide et la terminaison funeste de la maladie, ce jeune homme a offert tous les symptômes d'une grippe à forme maligne.

Néanmoins, nous pensons qu'il faut tenir compte de la présence d'un même microbe dans les amygdales, le cœur droit et le poumon. Non seulement on doit en tenir compte, mais il faut en chercher l'explication. Nous dirons avec M. Charrin, c'est certainement l'organisme qui a fait cette maladie et non pas ce microbe incapable de produire une action appréciable sur les animaux auxquels on l'a inoculé. Mais enfin pourquoi s'est-il rencontré dans toutes les lésions présentées par ce malade?

Pourquoi le bacille de Lœffler, le bacille d'Eberth, le bacille de Koch se rencontrent-ils souvent, mais non tou-

jours, dans les affections multiples d'une même maladie. Nous ne pouvons fournir une réponse rigoureuse. Cependant, nous enseignons que c'est l'organisme et non le bacille qui fait la maladie.

Nous voulons signaler encore deux faits.

C'est d'abord la localisation de l'endocardite sur les valvules sigmoïdes du *cœur droit*. Or, on sait qu'en dehors de la vie fœtale l'endocardite du cœur droit est une rareté pathologique. C'est donc ici une localisation anormale, un symptôme bizarre, comme on en rencontre quelquefois dans la grippe de forme maligne et qui, pour moi, n'a pas de rapport avec la première localisation du staphylococcus doré dans l'amygdale.

Le second fait sur lequel je veux appeler l'attention, c'est que le staphylococcus aureus est presque toujours le microbe de l'endocardite végétante et infectieuse et qu'il existe très souvent sur les valvules du cœur, sans qu'on ait signalé sa présence dans la gorge.

La *thérapeutique* instituée par M. Charrin a été par trop pathogénique. Le désir qu'a eu ce médecin de répondre à toutes les indications l'a fait aboutir à une polypharmacie dont nous n'avions pas vu d'exemple depuis le siècle dernier. La digitale, la quinine, l'acide salicylique, le phénol et le rhum constituent, pour des médecins habitués à rechercher avec scrupule les indications de chaque médicament, une association monstrueuse. Comment mélanger l'acide salicylique qui ralentit le pouls et diminue la pression sanguine avec la digitale qui augmente cette même pression en ralentissant le pouls aussi? Y ajouter la quinine qui accélère le nombre des pulsations; et comment s'accorderont l'acide salicylique qui, nous

l'avons dit, diminue la pression sanguine, avec le phénol qui l'augmente? Ajoutons que ces médicaments sont soumis aux lois générales de la pharmaco-dynamie et qu'ils produisent des effets opposés suivant les doses auxquelles on les prescrit. Or, le Dr Charrin ne nous fournit aucune indication sur les doses des antiseptiques qui composent sa potion.

Enfin, pourquoi avoir saigné ce malade *in extremis* : parce que, nous dit le Dr Charrin, les vaisseaux des sujets infectés, au lieu de contenir un sang normal, renferment une humeur abondante en poison, poison microbien, poison cellulaire surtout.

Déjà Orfila enseignait, au grand détriment des malades, qu'on devait saigner les personnes empoisonnées par l'arsenic, parce que l'évacution du sang entraînait nécessairement une certaine quantité du poison. Mais le poison restait enfermé dans les viscères, la quantité évacuée par la saignée était peu de chose, tandis que les forces soustraites au malade le mettaient dans de mauvaises conditions pour résister au poison.

Mais si la saignée est incapable de lutter contre les accidents déterminés par un poison venu du dehors, quelle sera son action pour détruire des toxines sans cesse renouvelées par les microbes ? Elle sera nulle.

Dr P. Jousset.

NOTE SUR UN CAS DE DIPHTÉRIE

Nous avons observé récemment un cas de diphtérie dans lequel le traitement homœopathique, sans l'adjonction d'aucun adjuvant, a été suivi de guérison. Notre diagnostic ayant été confirmé par l'examen bactériologique, aucun lecteur ne pourra le mettre en doute.

Voici cette observation :

Le 20 mars dernier, j'étais appelé dans la soirée auprès d'un enfant de 5 ans que j'avais déjà soigné à différentes reprises pour des angines sans gravité. La mère me dit qu'il avait été pris de fièvre dans la journée et qu'il se plaignait de la tête. Bien que l'enfant ne se plaignît pas de la gorge, je l'examinai et n'y constatai, avec un éclairage fort défectueux il est vrai, qu'un peu de rougeur. T. 39°2. P. 120. Prescription : aconit et belladone 3[e], alternés d'heure en heure. Lait et bouillon.

21. Le lendemain dans l'après-midi, je revois mon jeune malade qui se plaignait d'un peu de difficulté pour avaler et qui avait à ce moment une légère tache blanchâtre sur l'amygdale gauche. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. T. 39°. P. 118, belladona, mercurius solubilis 3[e].

22. Au matin, je trouve un engorgement ganglionnaire très marqué, à gauche surtout, l'amygdale gauche est très grosse et complètement encapuchonnée d'une fausse membrane épaisse et jaunâtre. Le voile du palais et l'amygdale droite ont aussi des fausses membranes à leur surface. L'isthme du pharynx semble complètement obstrué, la dysphagie est très marquée. A ce moment mon diagnostic

est fait, nous avons affaire à de la diphtérie. T. 39°8. P. 120, belladona, mercurius cyanatus 3°.

23. Matin. Les fausses membranes semblent se détacher un peu sur l'amygdale gauche, mais il y a du jetage nasal et l'enfant se plaint de douleurs dans les oreilles, surtout à gauche. L'amygdale droite et la luette sont dans le même état. L'engorgement ganglionnaire tend à diminuer. Il y a des traces d'albumine dans les urines. T. 38°. P. 108. Ce matin je fais un ensemencement d'un tube de sérum que j'ai pris au laboratoire municipal d'hygiène du Havre et le lendemain je reçois le résultat de l'examen de cette culture. Bacilles de Klebs-Lœffler. Streptocoques.

Soir. Les amygdales ont un peu diminué de volume et il y a maintenant un léger passage entre elles deux. A leur surface, les fausses membranes ont en quelque sorte commencé à fondre, les bords étant beaucoup moins épais que le centre. T. 37°. P. 104. Même traitement.

25. L'enfant a passé une assez bonne nuit, il ne s'est réveillé que deux fois. Les amygdales sont revenues à leur dimensions normales, la gauche est entièrement dégagée, mais il reste encore un point assez large sur la face interne de l'amygdale droite.

Les douleurs d'oreilles et le jetage nasal ont disparu. L'enfant est gai, l'état général semble bon, mais l'albumine a augmenté dans des proportions colossales. Le dosage avec le réactif d'Esbach laisse au bout de vingt-quatre heures un précipité qui dépasse de plus d'un centimètre la ligne U du tube et qui peut être évalué à 20 grammes d'albumine par litre. L'enfant émet un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Il n'y a pas de fièvre. Même traitement, diète lactée exclusive.

26. Bonne nuit, l'enfant a toussé un peu, il ne reste plus qu'un tout petit point blanchâtre sur l'amygdale droite Albumine 3 grammes.

27. L'enfant ne tousse plus et n'a plus rien dans la gorge. Albumine 0 gr. 75.

28. Albumine 0 gr. 60.

29. L'enfant va toujours bien, mais la voix est devenue nasonnée et il est revenu quelques gouttes de lait par le nez en buvant. Albumine 0 gr. 90. Lachesis 12e dilution.

30. L'enfant a vomi son lait à deux reprises, mais il ne revient plus par le nez en buvant. Albumine 0 gr. 60. Même traitement.

31. Le malade s'est réveillé souvent la nuit, mais le jour il est très gai, voix semblable aux jours précédents. Albumine 0 gr. 50.

1er avril. Bonne nuit, voix un peu plus claire. Albumine 0 gr. 30.

2. L'enfant va bien et a mangé deux jaunes d'œufs hier. La voix est dans le même état. Albumine. 0,15.

3. Voix moins nasonnée. Albumine 1 gramme. Arsenic et lachesis alternés, revenir au lait seul.

Quelques jours après, il n'y a plus que des traces d'albumine et à la fin de la semaine, l'albumine a complètement disparu, la voix est redevenue normale, et j'envoie à la campagne l'enfant qui a beaucoup maigri pendant sa maladie. Depuis, j'ai revu mon jeune client qui a retrouvé toute sa santé,

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue,

Au début, il était permis de croire à une simple angine

pultacée, il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire et seulement une légère tache blanchâtre sur une amygdale. Le lendemain, l'état s'était aggravé et il n'y avait plus de doute pour moi sur la nature de la maladie. J'ai voulu faire faire l'examen bactériologique pour qu'on ne puisse pas discuter mon diagnostic, mais, pour moi, il était absolument inutile.

J'ai systématiquement évité d'employer tous les moyens externes de mode actuellement, tels que lavages, inhalations, pulvérisations antiseptiques ou autres. Je n'ai également pas eu l'idée de faire une injection de sérum, non pas que je répugnerais, le cas échéant, à l'emploi de ce traitement isopathique, mais parce que les médicaments que j'ai employés ont agi avec beaucoup de rapidité, sans donner lieu à l'ascension de température et aux éruptions que détermine si souvent l'emploi du sérum de Roux.

En effet, j'ai assisté dans ce cas à une véritable fonte des fausses membranes, comme je l'avais observé pour la première fois à l'hôpital de Rennes dans le service de mon maître le Dr Regnault sur un malade atteint d'angine diphtéritique et soumis à l'usage de mercurius cyanatus.

D'un autre côté, la quantité énorme d'albumine qu'à présentée l'enfant un jour m'aurait effrayé pour l'emploi du sérum. Peut-être ce dernier aurait-il agi homœopathiquement dans ce cas en combattant l'albuminurie qu'il détermine si fréquemment, mais en tout cas le résultat n'aurait pas été meilleur, ni plus prompt.

Nous avons eu aussi une légère complication de paralysie post-diphtéritique du voile du palais. Le reflux des liquides par le nez a été peu marqué, mais la voix a été absolument nasonnée au point que les parents eux-mêmes

ne comprenaient pas ce que demandait l'enfant. Lachesis a bien agi sur ce symptôme.

En résumé, nous avons eu affaire à un cas grave de diphtérie, et nous avons été assez heureux pour le guérir par l'emploi de médicaments homœopathiques seuls. C'est pourquoi nous avons jugé utile de le publier,

Dr G. Nimier.

MÉDECINE PRATIQUE

GRANDEUR ET DÉCADENCE DU VÉSICATOIRE

Nos lecteurs se rappellent que nous avons déjà plusieurs fois rapporté les discussions qui ont eu lieu au sujet de l'emploi des vésicatoires. Dans une interview célèbre de la *Semaine médicale* (1) sur le traitement de la pneumonie dans les hôpitaux de Paris, nous nous sommes amusés à relever les opinions qui avaient été formulées à propos de l'emploi du vésicatoire. Voici les conclusions de nos recherches, conclusions que nous avons citées dans notre conférence sur le traitement de la pneumonie (2) : « Quant aux vésicatoires, 5 sur 26 sont favorables, 3 en usent quelquefois, 4 sont hostiles et 14 sont indifférents. M. Cornil et M. Proust prescrivent les vésicatoires, M. Ferrand use largement du vésicatoire ainsi que MM. Legroux et Descroizilles. Les partisans sans réserves du vésicatoire sont au nombre de 5.

« A côté nous citerons M. Dujardin-Beaumetz, qui « ne

(1) 18 novembre 1891.

(2) *Art médical*, sept. 1893.

les applique jamais dans la période fébrile de la pneumonie, et n'en fait usage que lorsque, la défervescence étant faite, les signes locaux de la pneumonie persistent trop longtemps ».

« MM. Moizard et Faisans ont une opinion analogue.

« Il en est qui condamnent l'emploi de ce révulsif. M. Landouzy y a renoncé à cause de l'énervement et des douleurs qu'il produit ; M. Audhoui ne se permet jamais « d'écorcher ses malades avec des vésicatoires énormes et multiples, promenés à l'aventure d'un bout du thorax à l'autre ». Pour M. Huchard, « les traditionnels vésicatoires ont fait leur temps ; leur principale indication consiste à n'être jamais indiqués ; ils sont inutiles toujours, et dangereux le plus souvent, surtout dans les cas d'albuminurie pneumonique ». Les vésicatoires paraissent inutiles à M. Cadet de Gassicourt. »

Comme on peut le voir, les médecins des hôpitaux étaient en complet désaccord sur la valeur du vésicatoire.

Dans ces derniers temps, la Société de thérapeutique a occupé plusieurs séances à discuter sur les avantages et les désavantages du vésicatoire ; et dans la séance du 13 mai dernier, M. le Dr Huchard a lu un travail très documenté sous le titre de *grandeur et décadence du vésicatoire*, dont nous reproduisons la plus grande partie. Nous sommes heureux de voir battre en brèche ce mode de traitement, que quelques familles nous réclament encore avec insistance, et que la plupart des médecins délaissent aujourd'hui. C'est un traitement le plus souvent inefficace très souvent nuisible, quelquefois très dangereux. M. le Dr Huchard fait assez autorité au point de vue de la thérapeutique pour que son opinion, en somme défavorable

à l'emploi du vésicatoire, amène un grand nombre de médecins à l'abandonner complètement.

Nous laissons la parole au Dr Huchard.

I

Sa *grandeur*, comme je vous l'ai dit, a commencé dans les temps les plus reculés, où on l'appelait le *summum remedium*; elle a continué, elle s'est affirmée aux XIVe et XVe siècles avec Antoine Cermison (de Padoue), au XVIIe siècle avec Sydenham qui le recommandait *surtout* dans les fièvres épidémiques de 1674 ; avec Freind écrivant « qu'une fièvre rebelle peut difficilement cesser sans leur intervention ».

La meilleure méthode, dit Sydenham, de « combattre la fièvre des toux épidémiques avec pleurésies et péripneumonies symptomatiques, est de saigner du bras, d'appliquer des vésicatoires sur la nuque du cou et de donner tous les jours un lavement ». Il recommande encore les vésicatoires dans les hydropisies, dans la petite vérole, et il faut les appliquer « le soir d'avant le onzième jour, afin de suppléer en quelque sorte à la diminution de la salivation et de l'enflure du visage, et de modérer la fièvre secondaire ».

Huxham, qui vivait au milieu du XVIIIe siècle, observait la même pratique dans la variole, et il disait « qu'il ne faut jamais, dans les péripneumonies, négliger les vésicatoires, non seulement utiles par leur vertu atténuante et stimulante, mais encore parce qu'ils évacuent une partie de l'humeur morbifique ».

Au XIXe siècle, la grandeur du vésicatoire se continue avec Bouillaud disant « qu'il reconnaitre à croire qu'il fait jour en plein midi plutôt que de méconnaître leur

efficacité dans les maladies aiguës de la poitrine »; avec Velpeau qui affirmait par ce traitement la jugulation de l'érysipèle et du phlegmon diffus; avec Pidoux qui parlait d'une « cure de vésicatoires » dans la phtisie pulmonaire; avec Grisolle qui, déjà moins enthousiaste, écrit cette phrase où perce un léger doute : « Une pratique si universellement acceptée doit avoir sa raison d'être »; avec Jules Besnier qui célèbre en 1876, dans le *Journal de thérapeutique*, les bienfaits du révulsif à toutes les périodes de la pleurésie; avec Peter qui insiste à bon droit sur l'efficacité de la médication révulsive, et qui appliquait des vésicatoires, petits ou grands, dans nombre d'états morbides.

Je citerais encore dans cette rapide énumération quelques-uns de nos collègues, si je n'espérais pas un peu les ramener à une opinion commune capable de rallier partisans et adversaires du vésicatoire.

Sa *décadence* commence déjà avec Van Helmont qui, dans son livre *de febribus*, regarde les vésicatoires comme très nuisibles et « inventés par un esprit diabolique »; avec Massaria (de Padoue) à la fin du XVI[e] siècle, en 1591, dans son travail : *de abusu medicamentorum vesicantium et theriacœ in febribus pestilantialibus disputadio*.

Un siècle plus tard, en 1699, Baglivi, dans sa célèbre dissertation *de usu et abusu vesicantium*, pose avec une rare sagacité clinique les indications et contre-indications de la révulsion cantharidienne : dangereuse quand les malades ont de la fièvre, et souvent mortelle quand ils ont du délire (1).

---

(1) Citation de M. Fiessinger (d'Oyonnax). Voir l'*Histoire des sciences médicales*, par Ch. Daremberg, 1870, t. II, p. 793.

Van Swieten, ennemi des vésicatoires, ne les emploie dans la pleurésie qu'à la chute de la fièvre et contre la douleur, quand elle est excessive; il les accuse de « vicier les humeurs et de favoriser la purulence de l'épanchement ».

En 1776, Masdewall émet la même opinion. Puis, se succèdent des opuscules ayant tous le même titre (*de abusu vesicantium*), par Crater (d'Erfurth) en 1701, par Bourden en 1739, par Whytt qui, en 1758, les blâme comme « débilitants et parce qu'ils suppriment l'expectoration », par Busch (de Marbourg) en 1780, Hartmann (de Francfort) en 1790; et à la fin du siècle dernier, Tessier soutient une thèse sur « l'inutilité, l'inconvénient et même le danger des cautères ».

La question avait été encore nettement posée et résolue en 1769 par Costenbader (de Leyde) au sujet de la contre-indication absolue des vésicatoires dans les maladies infectieuses (*de abusu vesicatorium in febribus malignis*).

Vers la même époque, Stoll qui recommandait les vésicatoires dans le rhumatisme articulaire aigu (1), les angines, les odontalgies, les prescrivait déjà avec réserve

(1) En 1850, le Dr Dechilly publia à l'Académie de médecine de Paris 14 observations de rhumatismes articulaires aigus traités avec succès par l'application de vésicatoires répétés. Cette méthode thérapeutique qui fut même l'objet d'un rapport favorable de Martin-Solon, fut suivie en Angleterre par Herbert Davies, Greehow et Jeaffreson. Davies a été même jusqu'à prétendre à l'action préventive des vésicatoires contre les complications cardiaques du rhumatisme. Fernet a publié un travail (*Arch. de méd.*, 1865) où il expose les résultats obtenus dans le service de Lasègue, par ce traitement.

dans les pleurésies et les péripneumonies pour les condamner sans appel « dans la fièvre maligne où ils s'opposent, dit-il, au cours des urines ». Et il ajoute : « Je me félicite de m'être heureusement abstenu de ce misérable moyen de guérir les fièvres malignes ». Son commentateur dit ensuite que Stoll a rendu un grand service à l'humanité en démontrant que « ces topiques sont non seulement inutiles, mais qu'ils peuvent être dangereux dans les fièvres (1). »

En 1783, Tralles (*Usus vesicantium salubris et noxius*) part de nouveau en guerre contre les vésicatoires, et, quoiqu'il leur reconnaisse certains mérites, il cite quelques cas de mort survenue à la suite de leur emploi.

Dans notre siècle, la décadence du vésicatoire se continue avec Chomel (*Clin. méd.*, t. I) qui le condamne dans la fièvre typhoïde parce qu'il constitue souvent une complication fâcheuse par les ulcérations qui lui succèdent fréquemment dans cette affection » ; avec Louis, en 1835, qui, dans ses recherches sur la saignée, nie au vésicatoire « le pouvoir d'enrayer une inflammation » et qui en proscrit encore l'emploi dans la dothiénentérie ; avec Rostan qui dit du moxa ou du vésicatoire : « mal nouveau ajouté au mal qui existe déjà »; avec Forget (de Strasbourg) qui n'en parle que comme d'un « moyen sacramentel qu'on applique par obséquiosité »; avec Valleix qui les trouve absolument contre-indiqués dans la pneumonie; avec Rilliet et Barthez qui ne l'ont jamais vu « avoir la moindre influence sur les symptômes de la pneumonie »; avec Trousseau qui disait : « N'administrez jamais de remèdes

(1) M. STOLL. *Médecine clinique*, 1775-1776 (traduit par J. Bobe) Rochefort, an VI.

susceptibles de faire du mal, et le vésicatoire est de ceux-là (1). »

En 1855, une grande discussion s'élève à l'Académie de médecine sur la médication révulsive, sur le séton, et l'abus et même le simple usage des vésicatoires ne trouve pas grâce devant la mordante et malicieuse argumentation de Malgaigne.

A une époque plus rapprochée de nous, Dauvergne (de Manosque) publie en 1879, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un travail très documenté où il fait vigoureusement le procès du vésicatoire. A cette époque, il disait déjà :

« N'y a-t-il pas un danger d'ouvrir les plaies, alors que la science moderne et ses tendances portent à l'occlusion de celles qui existent ou que la chirurgie est contrainte de faire, pour éviter une septicémie que l'on croit si dangereuse? » Il rappelle, à ce sujet, une phrase que Louis écrivait dès 1829 dans ses recherches sur la gastro-entérite ou fièvre typhoïde : « Sous quelque point de vue qu'on envisage les vésicatoires, on n'y trouve que des inconvénients, sans aucun des avantages qui pourraient les contre-balancer. » Je ne croyais pas avoir si bien traduit la pensée de Louis, vieille de plus de soixante ans, lorsque je disais en conclusion de ma communication à la Société de thérapeutique : « Je connais bien les inconvénients et les méfaits du vésicatoire, mais je n'en vois aucun avantage dans la plupart des maladies. » Archambault avait déjà dit :

« Ma conviction est absolument faite sur la mauvaise

(1) Citation de Rousseau Saint-Philippe, dans sa thèse inaugurale : *De la vésication, étude physiologique et thérapeutique*. Paris, 1872, p. 14.

influence des vésicatoires dans un très grand nombre de cas, et d'une manière plus concise, je ne suis pas sûr de leur avoir jamais vu faire de bien, mais je suis bien certain qu'ils ont souvent fait beaucoup de mal. »

II

Jusqu'ici je n'ai cité que des opinions. Mais les affirmations ne sont pas des faits.

Voici les faits :

En 1846, Quiet (*Gaz. méd. de Paris*), dans un travail sur le sujet, rapporte 2 observations d'enfants de 2 ans 1/2 et de 15 mois, morts après l'application de vésicatoires répétés.

En 1848, Bouillaud, qui s'est déclaré un si chaud partisan de cette médication, publie dans la *Revue médico-chirurgicale* un travail sur l'albuminurie cantharidienne, et il décrit l'autopsie d'un malade mort après cet accident : « La membrane interne des bassinets, dit-il, et des calices étaient abondamment injectés et en quelques points violacée, comme ecchymosée ; sur chaque rein, on trouvait dans les calices une membrane d'un blanc jaunâtre assez résistante, libre dans une partie de son étendue, adhérente dans le reste à la membrane sous-jacente. La muqueuse de la vessie était un peu injectée. »

M. Galippe rappelle, dans son beau travail, 2 observations : celle du D[r] Blacher relative à un enfant qui succomba à une néphrite cantharidienne au milieu de convulsions urémiques ; celle du D[r] Carry, relative à un cas d'empoisonnement par le vésicatoire cantharidé.

En 1864, dans sa thèse inaugurale, Guizot cite un cas de pleurésie où, après deux vésicatoires, le malade succombe. A l'autopsie, on trouva « les reins très altérés ».

Cette observation est certes loin d'être concluante, mais cette « altération » de reins n'était-elle pas une contre-indication absolue à l'emploi de la cantharide ?

Dans sa thèse d'agrégation sur les néphrites, Cornil parle : d'un malade atteint de pleurésie, qui présenta une albuminurie abondante après des vésicatoires ; d'un autre pleurétique, torturé par 12 vésicatoires et dont l'albuminurie n'avait pas disparu après un an; d'un malade observé par Cunéo atteint également de pleurésie, puis de néphrite albumineuse cantharidienne dont il mourut deux ans après.

Dans son *Traité de thérapeutique appliquée* (1878, t. II, p. 368), Fonssagrives écrit : « On peut mourir d'un vésicatoire. J'ai vu à l'hôpital de Cherbourg, un matelot athlétique et d'une santé admirable qui entra dans une de mes salles y apportant un vésicatoire qui lui avait été appliqué fort inutilement pour une bronchite modérée. L'air de l'hôpital était *mauvais* ; un érysipèle de mauvaise nature partit de ce vésicatoire, fit le tour du corps, s'accompagna de phénomènes nerveux, et ce malheureux succomba. »

Peter lui-même, si j'en crois Dauvergne (de Manosque), aurait observé un vieillard atteint de broncho-pneumonie qui succomba après application d'un large vésicatoire terminé par érysipèle et gangrène de la peau.

Vous pourrez lire dans les *Bulletins de la Société clinique de Paris*, en 1885 (pages 42-44), l'observation suivante de Netter : Une enfant de 5 ans entre à l'hôpital Trousseau avec un état typhoïde, une fièvre de plus de 40°, une hémiplégie gauche. On trouve sur son dos une surface ulcérée de mauvaise apparence qui a succédé à un vésicatoire. Le sang examiné renferme des « germes » que l'on

parvient à cultiver. Netter est amené à établir le diagnostic suivant : septicémie ayant pour porte d'entrée la surface exulcérée, et absence probable d'endocardite infectieuse en raison de l'absence du souffle cardiaque ; à l'autopsie « embolus d'une branche principale de la sylvienne formé par des germes », et semblable obstruction d'une division de l'artère rénale. Le point de départ de ces embolies septiques peut être au niveau des veines partant de la plaie, ou encore dans le cœur, et cela malgré l'intégrité presque complète de la surface endocardique.

Dans ses *Leçons de thérapeutique* (1887, p. 335), Hayem raconte le fait suivant : En 1882, il avait dans ses salles plusieurs malades atteints d'érysipèle de la face ; dans leur voisinage, des malades auxquels on avait prescrit des vésicatoires contractèrent des érysipèles et l'un d'eux, un vieillard affaibli, succomba.

En 1893, le Dr Duany-Soler communique le fait suivant : A un jeune homme de 18 ans, atteint de rétinite syphilitique, on applique 2 vésicatoires coup sur coup, l'un au bras gauche, l'autre dans le dos ; le premier mesurait 10 centimètres sur 10 ; le second ayant glissé avait fini par occuper les trois quarts de la région dorsale gauche. Ces vésicatoires furent entretenus, pendant une dizaine de jours environ, avec de la pommade épispastique jaune. Bientôt, le malade se plaint de malaise indéfinissable, de perte des forces, d'anorexie et de céphalalgie, et l'on constate une néphrite aiguë avec diminution considérable des urines fortement albumineuses. Malgré le régime lacté exclusif, les ventouses scarifiées à la région lombaire, etc., l'anurie devint absolue, et au bout de quelques jours la mort survenait avec des symptômes

d'urémie comateuse. Il ne serait pas difficile, ajoute M. Duany-Soler, de réunir un nombre imposant d'observations de néphrites déterminées, chez les enfants surtout, par l'emploi abusif des vésicatoires. (*Bull. de la Soc. de méd. et chir. de la Rochelle*, 1895, p. 102.)

Enfin, voici encore des faits datant pour ainsi dire d'hier et rapportées par le Dr Comby qui se déclare « effrayé de l'insouciance, pour ne pas dire de la cruauté avec laquelle on prescrit le vésicatoire dans la première enfance ». (*Méd. mod.*, 18 avril 1896.)

Une fillette de 2 ans, atteinte de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole, est traitée par l'application coup sur coup, en vingt-quatre heures, de 2 vésicatoires laissés en place pendant six heures. Résultat : quinze jours après, plaie gangreneuse et diphtéroïde qui a entraîné la mort.

Une fillette de 9 mois, atteinte de bronchite depuis huit jours, est traitée par un vésicatoire de 5 centimètres qui reste seulement deux heures en place. Résultat : plaie profonde bordée par un œdème inflammatoire, et mort dans le marasme trois jours après. (Obs. du Dr Millon.)

Voici une autre baby de 5 mois qui, pour une bronchite, reçoit successivement 3 vésicatoires dans le dos. Ceux-ci sont restés trois heures en place, et « des plaies non cicatrisées de la révulsion était partie une éruption d'ecthyma qui avait gagné jusqu'aux lombes et aux épaules ». (Obs. de Comby.)

M. Comby montre encore qu'assez souvent, chez les enfants, les plaies laissées par le vésicatoire peuvent devenir le point de départ d'abcès, de furoncles, d'impétigo, d'ecthyma, d'érysipèle.

Voilà le vésicatoire dans la première enfance presque

condamné, et il faut ajouter aux noms d'Archambault, de Rilliet et Barthez, celui de Parrot qui en faisait très rarement usage (1).

III

Dans le domaine de l'expérimentation, nous allons voir les mêmes contradictions que sur le terrain de la clinique.

Vous connaissez les expériences de Zuelzer. Chez un lapin, il pratique sur la même région cutanée, pendant quatorze jours, des badigeonnages avec le collodion cantharidé. Sous leur influence, une eschare se forme, et au-dessous d'elle on constate la dilatation des vaisseaux de l'hypoderme et des muscles superficiels avec l'anémie des muscles plus profondément situés, et même de la partie du poumon correspondant. On a voulu conclure de cette expérience à l'influence anémiante profonde du vésicatoire. Mais, outre qu'ici le travail inflammatoire a dépassé les limites de la vésication, puisqu'il a pu aboutir à la formation d'une eschare, on peut encore rappeler les expériences contradictoires de Neumann et de Galippe qui ont constaté, au contraire, l'hyperémie pulmonaire dans les points correspondant à l'application d'un vésicatoire. D'un autre côté, Mosler, après avoir appliqué un vésicatoire cantharidé sur la nuque d'un animal, constate une vaso-dilatation de la pie-mère suivie d'une vaso-constriction plus durable. (*Deutsch. Med. Woch.*, 1878.)

---

(1) Le Dr Rousseau Saint-Philippe, qui s'était montré l'adversaire assez résolu du vésicatoire dans sa thèse inaugurale de 1872, l'a recommandé ensuite dernièrement (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*) dans la médecine infantile, avec quelques très sages restrictions.

La plupart des auteurs admettent que les vésicatoires augmentent la fièvre, et voilà que les cliniciens ou expérimentateurs, parmi lesquels Sidney-Ringer et Lauder-Brunton, concluent à l'action antithermique de la cantharide.

L'action de la cantharide sur le sang est négligeable ou nulle d'après la plupart des auteurs, et à la fin du dernier siècle, Cullen avait judicieusement fait remarquer que « la petite quantité de cantharides absorbée au moyen d'un vésicatoire est insuffisante pour changer la masse sanguine, au point qu'on peut négliger ses effets sur les fluides ». Par contre, Gendrin, en 1852, reconnaît au vésicatoire « une action tonique, grâce à la stimulation produite par l'absorption de la cantharidine, stimulation caractérisée par l'activité plus grande de la circulation et le relèvement des forces du malade » (1). Dans sa thèse inaugurale de 1865, Elie Faivre va même jusqu'à prétendre que le vésicatoire n'agissant que par la cantharidine absorbée, peut être remplacé par l'absorption interne de quelques gouttes de teinture de cantharide.

Puis viennent les résultats bien contestés de Liebreich (*Therap. Monatsh.* 1891) sur le cantharidinate de potasse dans le traitement de la tuberculose, et enfin les expériences de Lucatello et Antonini (*Riforma medica*, janvier 1896) démontrant que les vésicatoires déterminent une leucocytose considérable, d'où augmentation du pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

Signalons seulement les lésions rénales du cantharidisme si bien étudiées par Rodecki (de Dorpat), Scha-

(1) Citation de Soulier dans son *Traité de thérapeutique et de pharmacologie*, 1891.

chowa (de Berne), par Cornil, Brault et Toupet, enfin par Longovoï (de Moscou), lésions réalisant presque toujours celles d'une néphrite glomérulaire et diffuse.

Quant aux expériences de Galippe elles sont des plus instructives, et l'on me permettra de m'y arrêter un instant.

Un vésicatoire de 25 centimètres est appliqué sur la poitrine préalablement rasée d'une chienne vigoureuse. Au bout de quatre jours, on sacrifie l'animal, et on trouve à l'autopsie : congestion généralisée des poumons avec ecchymoses pleurales ; congestion de la substance corticale des reins, des calices et des bassinets, de la muqueuse vésicale et du foie.

A un autre chien terrier, également vigoureux, on applique un vésicatoire de même dimension sur la même région du corps et on le laisse en place pendant quatre jours : Galippe signale bientôt une dilatation pupillaire qu'il a presque toujours notée dans ses expériences ou observations. Après quatre jours, on sacrifie l'animal, et voici les lésions assez considérables constatées à l'autopsie : Inflammation catarrhale intense avec ecchymoses disséminées sur les muqueuses de l'estomac et du duodénum ; foie hyperémié et semé de noyaux apoplectiques ; rate congestionnée, ecchymoses ponctuées des reins avec infiltration sanguine sous-capsulaire très intense et hyperémie très accusée de la muqueuse vésicale ; ecchymoses sous-pleurales ; tissu pulmonaire généralement congestionné avec noyaux apoplectiques offrant les caractères d'infarctus à la première période ; le feuillet pariétal de la plèvre droite correspondant au vésicatoire est manifestement injecté, comparativement au côté similaire gauche.

Nous voilà loin des expériences de Zuelzer ayant dé-

montré au contraire l'anémie pulmonaire correspondant à l'application du collodion cantharidé.

La quatrième expérience de Galippe montre encore les mêmes lésions. Mais sa troisième expérience fait constater en plus, sur la surface de l'endocarde du ventricule droit, l'existence de larges taches hémorrhagiques.

On comprend dès lors que Galippe, pour sa part, ait déclaré qu'il « aurait quelque répugnance à se laisser appliquer un emplâtre vésicant ».

Le Dr Huchard donne ensuite les nombreuses contre-indications du vésicatoire.

Il est contre-indiqué dans toutes les maladies infectieuses et fébriles : 1° parce qu'il peut être le point de départ d'infections secondaires ; 2° parce qu'il diminue la quantité des urines ; 3° parce qu'il peut devenir le point de départ d'une néphrite.

Dans la pneumonie « l'application du vésicatoire est toujours inutile et souvent dangereuse, surtout dans la période aiguë : inutile parce que la pneumonie n'est pas simplement une inflammation, et qu'ici la révulsion violente est un contre sens thérapeutique ; dangereuse pour les raisons indiquées plus haut. Lasègue avait coutume de lancer cette boutade : « La pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre. » A plus forte raison, on peut dire : la pneumonie n'est pas une maladie du poumon, puisqu'elle rentre dans le cadre des maladies générales et infectieuses. Or, voyez comme les progrès de la pathogénie en médecine ont modifié — lentement, il faut le reconnaître — les méthodes thérapeutiques. Autrefois on appliquait systématiquement des vésicatoires dans toutes les fièvres malignes qui « ne pouvaient guérir sans leur in-

tervention », dans la variole, la rougeole, dans la fièvre typhoïde et même dans le rhumatisme articulaire aigu où les vésicatoires étaient regardés comme capables de prévenir les complications cardiaques. Qui parle maintenant de cette thérapeutique? Or, ce qui est arrivé pour ces diverses maladies surviendra pour la pneumonie au sujet de laquelle le procès du vésicatoire semble gagné, pour la pleurésie et pour nombre d'états morbides.

« Dans les pleurésies, jamais de vésicatoires au début, ni dans son cours, ni même à la fin ; car alors ils peuvent entraver l'action chirurgicale qui, faite dans de mauvaises conditions d'antisepsie, au niveau d'une plaie en suppuration, peut transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente, comme on en a cité des cas. Les pleurésies sont souvent fonction de tuberculose, comme l'a démontré Landouzy. Alors, pourquoi un vésicatoire? Il ne peut rien contre la bacillose, rien contre l'épanchement liquide, et il y a longtemps que Cullen a dit : « On a cru l'évacuation liquide produite par le vésicatoire comme fort efficace, mais elle n'est jamais assez considérable pour affecter tout le système. » Si l'épanchement est abondant et menace les fonctions respiratoires avec la vie, c'est la thoracentèse qui s'impose. »

Nous n'avons pu résister à donner *in extenso* le passage se rapportant à la pneumonie et à la pleurésie, car c'est justement dans ces deux maladies que nous avons souvent à repousser les assauts des parents des malades, qui nous reprochent de ne pas soigner énergiquement puisque nous ne mettons pas de vésicatoire comme les autres médecins.

Dr Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

DOUZE MÉDICAMENTS DÉ LA DIARRHÉE, AVEC COMPARAISON

Le Dr Dewey, de New-York. publie un article (1) sous ce titre ; en voici la traduction :

1° *Arsenicum.* — L'excellent et vraiment homœopathique travail sur la diarrhée de Bell et Laird contient les indications de quelques cent quarante médicaments contre ce symptôme. Les douze médicaments suivants sont peut être les plus souvent indiqués et ce résumé pourra rendre service pour une recherche rapide.

On peut dire qu'on pensera toujours à l'arsenic pour la diarrhée. Etant donné un cas de diarrhée, les deux médicaments qui viennent de suite à l'esprit sont *arsenicum* et *veratrum* ; immédiatement les traits distinctifs de chacun des deux apparaîtront ainsi :

Arsenicum.	*Veratrum album.*
Selles peu abondantes.	Selles profuses.
Agitation, angoisse et douleurs intolérables.	Ni agitation, ni angoisse, ni douleurs intolérables.
Grande soif, par petites quantités à la fois.	Grande soif, par grandes quantités d'eau froide.
La prostration et la faiblesse ne sont pas du tout en rapport avec les selles.	Grande prostration après les selles, mais tout à fait en rapport avec la profusion des selles.

(1) *Medical Century*, 15 avril 1896.

Les deux médicaments sont aisément différenciables et il semble absolument stupide de les alterner (1).

Les grandes caractéristiques de l'arsenic dans la diarrhée sont : 1° la petite quantité ; 2° la couleur foncée ; 3° l'odeur forte ; 4° la grande prostration consécutive.

Un autre grand caractère est la brûlure dans le rectum, qui va quelquefois jusqu'au ténesme. Les selles d'*arsenicum* sont d'un jaune foncé, mal digérées, visqueuses, ou sanguinolentes ; elles sont souvent d'un vert foncé et de très mauvaise odeur ; elles sont pires la nuit et après avoir mangé ou bu. *China*, *ferrum* et *arsenicum* produisent tous les trois des selles mal digérées immédiatement après le repas.

Parmi les causes principales de la diarrhée qui demande *arsenicum*, et ce qui pourrait être une indication de plus, est le refoidissement de l'estomac par de la nourriture froide, de l'eau glacée ou des glaces.

Il semble presque impossible que *arsenicum* avec ces caractéristiques puisse être prescrit à tort.

2° *Veratrum album*. — Les caractéristiques de *veratrum album* ne sont pas moins bien marquées que celles d'*arsenicum*. Ce sont les suivantes : 1° selle profuse, aqueuse, impétueusement évacuée ; 2° douleur abdominale précédant la selle ; 3° grande prostration après la selle ; 4° sueur froide, avec refroidissement et cyanose de tout le corps.

Les selles de *veratrum* sont aqueuses, contenant des flo-

---

(1) L'expérience clinique a cependant démontré que, dans le traitement du choléra, l'alternance de ces deux médicaments donne des résultats absolument remarquables (M. J.).

cons, et sont communément comparées à de l'eau de riz. Il y a avant la selle une violente colique pressante dans l'abdomen et cette douleur peut se continuer pendant la selle. Des nausées l'accompagnent souvent aussi. Des crampes dans les pieds et les jambes peuvent s'observer. *Jatropha* produit aussi des selles profuses et aqueuses, évacuées avec grande force et le malade éprouve souvent du refroidissement comme avec *veratrum*, mais avec *jatropha* il s'échappe une grande quantité de vents. *Cuprum* est assez semblable sous plusieurs aspects à *veratrum;* ses crampes sont plus violentes et s'étendent à la poitrine; il a les vomissements et les selles de *veratrum*, mais pas la sueur froide. Parmi les principaux symptômes de *veratrum* se trouve une grande soif pour l'eau très froide bue à grands traits. D'après mon expérience personnelle, je crois que *veratrum* agit mieux dans la diarrhée aux hautes puissances; aux basses puissances, il peut produire un mauvais résultat en arrêtant trop soudainement les évacuations, tandis qu'aux hautes dilutions, 12e et 30e, il agit *tuto, cito et jocunde.*

3° *Cinchona officinalis.* — *Arsenicum* et *veratrum* ayant été mis de côté dans certains cas, le remède qui viendra probablement à l'esprit est *cinchona.* A vrai dire, il ne peut venir à l'esprit que si la diarrhée est sans douleur. *Cinchona*, *podophyllum* et *phosphori acidum* produisent des selles sans douleur. Ou si les selles sont mal digérées *cinchona* viendra promptement à l'esprit en même temps que *podophyllum* et *ferrum*. La diarrhée caractérisque de *cinchona* est sans douleur, et d'une odeur cadavérique; elle est visqueuse, bilieuse, noirâtre et mélangée d'aliments non digérés; elle est pire la nuit et après avoir mangé,

avec un épuisement et un amaigrissement rapides; cet épuisement, cet amaigrissement et cette faiblesse distinguent ce remède de *phosphori acidum*, qui est très semblable mais ne produit pas la débilité. La diarrhée de *cinchona* est pire après les repas et ressemble en cela à celle de *ferrum*, *d'arsenicum*. Si elle est causée ou aggravée par les fruits, c'est une indication de plus pour son emploi. *Cinchona* produit une soif semblable à celle d'*arsenicum*, le malade boit peu et souvent, mais il n'y pas la brûlure d'*arsenicum*. Les diarrhées survenant après des attaques de maladies aiguës sont souvent améliorées par *cinchona*.

4° *Sulfur.* — La diarrhée de *sulfur* est très caractéristique; elle se compose de selles variées, jaunes, aqueuses, visqueuses et qui peuvent, chez des enfants scrofuleux, contenir des aliments non digérés; elle est pire le matin vers quatre ou cinq heures, et réveille le malade pour le faire sortir du lit en grande hâte. Pour ces diarrhées très matinales nous avons de nombreux remèdes : *Bryonia* en est un, mais la selle de *bryonia* ne vient qu'après qu'il est levé et qu'il a remué, présentant ici l'aggravation par le mouvement de ce médicament; *natrum sulfuricum* en est un autre; il produit des selles du matin avec une grande quantité de gaz, selles qui se reproduisent pendant l'après-midi; *rumex crispus* en est un autre, et il a exactement le même symptôme que *sulfur*, cependant sa diarrhée est ordinairement associée à de la toux; *podophyllum* aussi et c'est peut-être le plus semblable à *sulfur*; il fait sortir le malade du lit et produit des selles variées, mais celles-ci ont une tendance à se continuer pendant le jour et s'accompagnent d'une sensibilité du foie. Il a ainsi que *sulfur* une tendance à une sensibilité du rectum, il y a des déman-

geaisons et de l'irritation à l'anus, les selles étant âcres et irritantes. *Phosphorus* produit une selle le matin sans douleur; *dioscorea* produit aussi une selle du matin, mais les douleurs de coliques de ce remède, douleurs qui partent de l'ombilic et s'irradient à toutes les parties du corps permettent de le caractériser facilement. *Petroleum* produit des selles très matinales avec émaciation. Elles diffèrent de celles du *sulfur* en survenant aussi pendant le jour. *Kali bichromicum* produit aussi une selle aqueuse, jaillissante, survenant le matin et accompagnée de ténesme. Les selles de *sulfur* ont une mauvaise odeur, qui poursuit le malade comme s'il s'en était souillé. Les selles alternent souvent entre la constipation et la diarrhée; s'il y a des hémorrhoïdes c'est encore une bonne indication pour *sulfur*. Une diarrhée de mucus strié de sang, précédée de coliques, se rencontre aussi dans les symptômes du remède.

5° *Aloès*. — *Aloès* est un médicament dont l'action principale est au niveau du rectum. Il produit une envie constante d'aller à la selle et le passage des selles est accompagné d'un grand nombre de gaz. La grande caractéristique de cette substance est une sensation de malaise, de faiblesse et d'incertitude au niveau du rectum; il y a constamment une sensation comme si une selle voulait s'échapper; le malade n'ose pas évacuer de gaz dans la crainte de laisser échapper des matières. Cette condition se rencontre quelquefois chez les enfants, qui laissent échapper leurs matières en lâchant des gaz. *Aloès* ressemble à *sulfur*, *thuya* et *bryonia* par une selle très matinale; comme *sulfur*, il réveille le malade et le précipite vers les cabinets. Sa diarrhée est plus forte après les repas, mais

continue rarement pendant la journée. La faiblesse du sphincter anal se trouve aussi avec *phosphori acidum* qui produit aussi des selles qui s'échappent avec les gaz.

Le malade d'*aloès* laisse aussi échapper ses selles en urinant. Les hémorroïdes, gonflées d'une façon caractéristique et douloureuse, accompagnent les selles d'*aloès*.

Les selles elles-mêmes sont jaunes et pâteuses ou en petites masses et aqueuses; avant la selle, il y a des douleurs vives partant des parties inférieures de l'abdomen et autour du nombril. Ces douleurs continuent aussi pendant la selle et son émission les soulage.

6° *Croton tiglium.* — *Croton tiglium* est un des plus grands remèdes homœopathiques de la diarrhée qui a pu rapidement être indiqué à cause de la prompte action de très petites doses de substance sur le canal intestinal. Ses caractéristiques sont des selles jaunâtres, aqueuses, évacuées comme de l'eau d'un tuyau de décharge, s'accompagnant particulièrement de nausées et de vomissements et aggravées en mangeant ou en buvant. Il y a beaucoup de médicaments ressemblant à *croton tiglium* et qui peuvent être mentionnés ici. Le premier est *elaterium*. C'est un médicament pour les diarrhées mousseuses, abondantes, impétueuses, précédées de tranchées, de frissonnements, de prostration et de coliques. Elles sont toujours jaillissantes et peuvent être d'une couleur vert olive. Le second est *gratiola*, qui produit une diarrhée aqueuse jaillissante comme l'eau qui coule d'un tuyau; les selles sont d'un vert jaunâtre et mousseuses, avec une sensation de froid dans le ventre. Le troisième est *jatropha*, qui produit une diarrhée aqueuse, profuse, jaillissante, accompagnée de beaucoup de gaz et de flatulence et une grande prostration.

Le quatrième est *gamboge*, qui produit une selle expulsée tout d'un coup, avec grand soulagement consécutif. Les selles sont peu abondantes et aqueuses. Les grandes caractéristiques de la selle de *croton tiglium* sont : 1° selle aqueuse jaune ; 2° expulsion soudaine et 3° aggravation après les boissons et la nourriture, et on peut ajouter encore l'accompagnement presque constant de nausées.

7° *Rheum*. — Un symptôme qui vient toujours à la pensée à propos de ce médicament est l'acidité des selles, et l'acidité du corps entier, quoique *rheum* ne soit pas le seul remède pour les selles acides et que l'acidité des selles ne soit pas la seule indication pour *rheum*, c'est-à-dire qu'elles peuvent n'être pas acides et que *rheum* soit cependant le remède. Pour les selles acides, en dehors de *rheum*, nous avons principalement *calcarea carbonica*, *magnesia carbonica* et *hepar*. On dit que *magnesia carbonica* accompagne bien *rheum* et, en outre des selles acides, elle produit des selles écumeuses verdâtres (comme du frai de grenouille). La faiblesse est aussi une caractéristique du remède.

Les autres symptômes caractéristiques de *rheum*, en dehors de l'acidité, sont des tranchées suivies souvent de ténesme. Comme couleur, les selles sont brunes, écumeuses, et ordinairement acides, augmentant après le mouvement et les repas. Un frisson pendant la selle est aussi caractéristique. La persistance des coliques après la selle est aussi une indication du médicament.

8° *Podophyllum*. — *Podophyllum*, comme nous l'avons vu, est un médicament de la diarrhée du matin de bonne heure. Les selles sont aqueuses, jaunes, profuses, impétueuses et viennent sans douleur, de trois à neuf heures

du matin, et une selle naturelle peut suivre plus tard dans la journée. La diarrhée peut survenir aussi, immédiatement après le repas, comme *cinchona* et *colocynthis*, et il a encore une autre ressemblance avec *colocynthis* par ses douleurs de coliques, qui sont soulagées par la chaleur et en se pliant en avant.

Après la diarrhée du *podophyllum*, on éprouve une sensation de faiblesse dans l'abdomen et le rectum ; cette faiblesse dans le rectum est une grande caractéristique du médicament. Le prolapsus du rectum a lieu avant l'évacuation des selles, ce qui le différencie du prolapsus qui demande *ignatia*, *carbo vegetalis* et *hamamelis*.

Podophyllum s'est montré très efficace dans les diarrhées de dentition, s'accompagnant de symptômes cérébraux. Quelquefois le mal de tête alternera avec la diarrhée ; ce qui arrive aussi pour *aloès*. Les selles de *podophyllum* sont souvent mal digérées ; et en cela ce médicament se rapproche de *china* et de *ferrum*, qui sont les grands médicaments des selles non digérées. Le dépôt d'un sédiment farineux indique encore ce médicament dans la diarrhée des enfants.

Podophyllum et *mercurius* ont quelques symptômes communs ; tous les deux affectent le foie, tous les deux produisent une langue gardant l'impression des dents, mais les selles de *mercurius* s'accompagnent d'efforts considérables. Les grandes caractéristiques de *podophyllum* peuvent être ainsi indiquées : 1° selles de très bon matin ; 2° selles aqueuses, jaunâtres, pâteuses ou mal digérées, expulsées avec violence ; 3° sans douleur ; 4° faiblesse dans le rectum après la selle. *Podophyllum* ressemble aussi à *calcarea carbonica* et à *phosphori acidum* de plusieurs côtés ; la débilité et l'épuisement rapide le distinguent de

l'acide, et l'absence des symptômes généraux de *calcarea* de ce dernier. Il est principalement utile dans la diarrhée des enfants.

9° *Mercurius*. — Les efforts pour aller à la selle sont la grande caractéristique de *mercurius* et plus marqués pour *mercurius corrosivus* que pour *solubilis*. Le premier est le grand médicament homœopathique de la dysenterie. On peut remarquer, en passant, que les allopathes ont récemment découvert cette application de *mercurius corrosivus*.

Les selles du *mercure* sont visqueuses et sanguinolentes, s'accompagnant d'efforts et de ténesme avec la sensation comme si la selle n'était jamais terminée et que le besoin persistait.

Il y a en outre une grande sensibilité du foie, la langue flasque, conservant l'empreinte des dents; avant la selle il y a un besoin urgent et quelquefois un frisson. Bayes prise *mercurius* dans une diarrhée présentant des selles jaunes ou de couleur argileuse. Une mauvaise odeur de la bouche est caractéristique du remède et si on rencontre la transpiration facile si caractéristique de *mercurius*, le choix est facile. Le prolapsus du rectum peut suivre la selle.

10° *Calcarea*. — *Calcarea* ne devra jamais être laissé de côté dans un trouble intestinal, car nous avons vu que c'est un des principaux remèdes pour les selles acides et pour les selles mal digérées. C'est un de nos meilleurs médicaments pour les diarrhées chroniques : les symptômes produits sur les expérimentateurs sont peu nombreux, mais prescrit d'après ses symptômes généraux, il s'est montré très utile.

La diarrhée survenant pendant la dentition des enfants avec les fontanelles non fermées demande *calcarea. Calcarea phosphorica* est aussi un remède très utile dans ces diarrhées, mais la diarrhée de *calcarea phosphorica* se distingue parce qu'elle est bruyante, évacuée violemment, aqueuse, verdâtre ou mal digérée, avec un grand nombre de gaz de mauvaise odeur. *Calcarea carbonica* est plus approprié aux enfants gras; *calcarea phosphorica* à ceux qui sont vieux et ridés. Ces deux remèdes, aussi bien que *silicea* et *sulfur*, conviennent très fréquemment aux diarrhées des enfants scrofuleux et rachitiques. Chez le malade de *calcarea carbonica* il y a ordinairement un appétit féroce et chez le malade de *phosphori acidum* les selles ne paraissent pas affaiblir. Cela est particulièrement vrai d'un *calcarea*, *calcarea acetica*.

11° *Phosphorus*. — *Phosphorus* est particulièrement un remède des formes chroniques de la diarrhée. Il produit des selles vertes et non aqueuses, pires le matin, souvent mal digérées et sans douleur. Les selles sont évacuées dès qu'elles pénètrent dans le rectum et contiennent des parties blanches comme du riz ou du suif. *Apis* produit une sensation comme si l'anus restait ouvert et *phosphorus* un suintement constant de l'anus. *Thuya* est un remède de la diarrhée chronique principalement quand elle suit la vaccination. L'émission involontaire des selles pour *phosphorus* fait penser à *aloès*. La diarrhée chronique et sans douleur, à selles mal digérées, réclame quelquefois *phosphorus*, si elle est profuse, impétueuse, et aggravée par la nourriture chaude et si le patient vomit souvent : en fait, une des caractéristiques de *phosphorus* est le vomissement des aliments liquides dès qu'ils deviennent

chauds dans l'estomac. Avec la diarrhée, il y a une sensation de faiblesse dans l'estomac et quelquefois une brûlure entre les épaules. Des selles semblables au frai de grenouille, au sagou, ou à des grains de suif, sont très caractéristiques du remède.

12° *Argentum nitricum.* — *Argentum nitricum* est tout à fait semblable à *arsenic* sous plusieurs faces. Les selles sont vertes, visqueuses ou sanguinolentes comme des épinards hachés en morceaux. *Aconit* a aussi des selles vertes comme des épinards hachés en morceaux. Avec la selle, il y a une émission de vents, très bruyants, comme pour *calcarea phosphorica.* Les selles sont aggravées par le sucre ou les boissons. Les attaques subites de choléra des enfants, chez ceux qui ont mangé trop de sucreries, seront souvent guéries par *argentum nitricum.* Les enfants sont maigres et desséchés. Il semble que les enfants n'ont qu'un seul boyau s'étendant de la bouche à l'anus. Une autre caractéristique de *argentum nitricum* est son emploi dans les diarrhées consécutives à une grande excitation cérébrale, à des émotions, etc. *Gelsenium* est un des meilleurs médicaments pour la diarrhée produite par la crainte ou la frayeur, diarrhée apparaissant soudainement et selles jaunes et pulpeuses. *Opium* et *veratrum album* conviennent aussi à la diarrhée causée par la frayeur. La *pulsatilla* aussi peut être indiquée ; ses selles sont jaunes verdâtres et changeantes.

Il y a un grand nombre de remèdes de moindre valeur pour la diarrhée, mais ces remèdes de peu de valeur deviennent d'une très grande importance quand ils sont formellement indiqués. Dans ce court résumé des remèdes les plus employés — des remèdes de chaque jour — leurs indications n'auraient pas été à leur place.

Caractéristiques des différents médicaments dont il vient d'être question et de ceux qu'on leur à comparés :

Selles abondantes. *Podo.*, *verat.*

Selles peu abondantes. *Ars.*, *mercur.*

Selles s'accompagnant d'une odeur forte. *Ars.*, *china*, *sulf.*

Selles aqueuses. *Aloès*, *croton*, *jatropha* (avec expulsion de vents), *sulf.*, *verat.*

Selles bilieuses. *China.*

Selles sanguinolentes. *Argent.-nit.*, *arsen.*, *mercur.*, *sulf.*

Selles riziformes. *Veratrum.*

Selles mal digérées. *Arsen.*,*calcar.*, *chin.*, *ferr.*, *phosph.*, *podoph.*, *sulf.*

Selles âcres et irritantes. *Podoph.*

Selles acides. *Calcar.*, *magnes.*, *hepar. sulf.*, *rheum.*

Selles s'échappant involontairement. *Aloès*, *phosph.*, *phosph.-acid.*

Diarrhée nocturne. *Arsen.*, *china.*

Diarrhée du matin. *Aloès* (et après les repas), *apis*, *bryon.* (après être levé et avoir remué), *diosc. vil.* (avec coliques violentes), *kali bichr.* (avec ténesme), *natrum sulf.* (avec une grande quantité de gaz), *petroleum* (continuant pendant le jour et suivi d'amaigrissement), *phosph.* (continuant pendant le jour), *podoph.* (à 4 ou 5 heures, continuant pendant le jour et s'accompagnant de sensibilité du foie), *sulfur* (à 4 ou 5 heures).

Diarrhée après les repas. *Aloès*, *arsen.*, *chin.*, *croton*, *ferr.*, *podoph.*

Diarrhée causée par des aliments glacés. *Arsen.* — par des fruits, *china* — par des sucreries, *argent.-nit.*

Symptômes concomitants :

Coliques avant les selles, *aloès* et *verat.* (soulagées par

la selle), *rheum* (persistant après la selle), *colocynt.*, *podoph.*

Soif. *Arsen.* et *china* (se calmant par de petites quantités de liquide), *veratr.* (par de grandes quantités).

Ténesme. *Arsen.*, *merc.*, *rheum.*

Nausées. *Croton* ; *verat.*

Crampes. *Cuprum.*, *veratr.*

Prolapsus du rectum. *Merc.*, *podoph.*

Paralysie du sphincter. *Apis.*, *phosph.*

Gonflement des hémorrhoïdes. *Aloès.*

Alternatives de diarrhée et de constipation. *Sulf.*

Traduit par le Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. SUR L'APPENDICITE. — II. LA COCAÏNE COMPARÉE AU GAÏACOL COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL. — III. A PROPOS DE L'APPENDICITE. — IV. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE COMMUNIQUANT AVEC LES VOIES BILIAIRES GUÉRI PAR LE CAPITONNAGE ET LA SUTURE SANS DRAINAGE. — V. MYOSITE OSSIFIANTE PROGRESSIVE. — VI. HUITRES ET FIÈVRE TYPHOÏDE.

I

Séance du 5 mai. — M. Laveran revient sur la question de l'appendicite. Les discussions récentes semblent à son avis consacrer une théorie un peu trop absolue, celle de la transformation de l'appendicite en cavité close

résultant soit de la présence de calculs, soit des rétrécissements de l'organe.

Pour M. Laveran, la lithiase appendiculaire ne serait pas un fait très fréquent. Les rétrécissements seraient pour lui la conséquence et non la cause de l'appendicite. En effet, l'examen histologique prouve que ces rétrécissements sont le résultat d'un travail inflammatoire où les éléments interstitiel et glandulaire sont le plus atteints. Le rétrécissement fibreux et l'occlusion complète de la cavité appendiculaire sont ainsi le terme ultime du processus inflammatoire. On a accusé aussi la transformation en cavité close de favoriser les perforations. Dans beaucoup d'appendices perforés M. Laveran a constaté l'absence de rétrécissement.

En comparant les lésions de l'appendice aux lésions dysentériques, on trouve une très grande analogie entre les deux affections : inflammations, rétrécissements, perforations sont des accidents communs à l'appendicite et à la dysenterie. Or, dans la dysenterie, les accidents s'expliquent sans qu'on invoque la transformation de l'intestin en cavité close.

En résumé, M. Laveran croit qu'il faut donner à l'inflammation de la muqueuse appendiculaire une plus grande importance qu'on ne l'a fait, que la transformation de l'appendice en cavité close n'est pas nécessaire pour créer l'appendicite. Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas conseiller le traitement chirurgical dans tous les cas, car si l'appendicite n'est souvent qu'une inflammation intestinale localisée, le traitement médical doit bien souvent donner des résultats satisfaisants.

II

Séance du 19 mai. — A propos d'une communication

faite il y a quelques mois par MM. Lucas Championnère et André sur l'emploi du gaïacol comme analgésique local, M. Reclus apporte le résultat de ses expériences faites avec ce médicament et avec la cocaïne qui reste toujours pour lui l'analgésique local le plus sûr et le moins dangereux à condition, bien entendu, de ne pas dépasser certaines doses et d'opérer le malade étant couché. Sur 3.500 opérations pratiquées par M. Reclus, ce chirurgien n'a observé aucun accident.

III

Même séance. — M. Poncet, en se basant sur 72 cas d'appendicite opérés dans son service, expose sur la pathogénie de l'appendicite les idées qui découlent de sa pratique personnelle. Il divise ses observations en deux groupes. Dans le premier groupe il s'agit d'appendicites pour lesquelles on a dû pratiquer des laparotomies iliaques avec résection de l'appendice ; il s'agissait de cas suraigus ; dans un second groupe l'appendice a été laissé en place.

Dans ces cas multiples et variés, tantôt l'appendice était perforé ou sphacélé, tantôt renfermant des calculs, tantôt dévié ; enfin, 5 fois il était vide et parfaitement perméable.

Se basant sur ces faits, il croit pouvoir dire que la pathogénie de l'appendice n'est pas une : la théorie du vase clos est beaucoup trop exclusive telle qu'elle a été formulée par le professeur Dieulafoy et, d'ailleurs, antérieurement par M. Talamon dans son *Traité de l'appendicite*. Les agents d'obstruction jouent dans ces hypothèses une part un peu excessive.

C'est ainsi que Roux a pu lier l'appendice ainsi que ses vaisseaux sans obtenir le sphacèle.

La théorie de l'occlusion ne peut suffire seule, l'infection joue un rôle primordial. Le rétrécissement de l'appendice dans bien des cas est la suite de l'infection et non la cause des accidents de l'appendicite aiguë, comme l'indique M. Laveran.

Bien plus, à l'autopsie de sujets morts d'autre chose, l'appendice est fréquemment obstrué, sans que de ce fait il se soit produit des accidents quelconques (thèse de Lafforgue).

En somme, comme le veulent les chirurgiens américains, l'appendicite peut être rapprochée de l'amygdalite; elle reconnaît la même pathogénie.

Les coliques appendiculaires ne peuvent être attribuées d'une façon absolue à la pénétration de calculs dans l'appendice ; cette cause jouait au contraire pour Talamon un rôle primordial. Quant à la lithiase appendiculaire, elle est également indépendante de l'appendicite et constitue un processus propre.

C'est en somme l'infection qui joue un rôle de tout premier ordre en l'espèce : l'influence microbienne est donc le premier des facteurs. Talamon avait d'ailleurs insisté depuis longtemps sur le rôle très important des microbes dans l'appendicite.

IV

Séance du 26 mai. — M. Nicaise, à propos d'un mémoire de M. Delbet, lit un rapport dont voici le résumé :

M. Delbet, dans un cas qui a été l'objet d'un rapport de M. Duplay à l'Académie, avait réussi à accoler par une suture en capiton la paroi de la cavité adventice et à réduire le foie dans le ventre sans aucun drainage.

L'opération avait été suivie d'un plein succès. Dans un

autre cas, le même procédé a été employé bien qu'il y eût communication du kyste avec les voies biliaires. Il s'agit d'un homme de 50 ans chez qui l'on constata, en septembre 1895, l'existence d'une tumeur dans les fausses côtes droites. La tumeur s'était développée lentement sans réaction, mais s'accompagnait d'un amaigrissement notable et de douleurs. La température était normale.

Le 11 février 1896 on fit une incision de 10 centimètres sur la tumeur : le foie est bosselé, la ponction donne un liquide clair, puis jaunâtre. La membrane hydatique est décollée en partie et se laisse enlever facilement, mais la bile se met à sourdre au fond de la poche en quantité considérable. L'incision hépatique est agrandie jusqu'à 10 centimètres. L'orifice de la fistule biliaire, profondément situé sur la paroi gauche, est suturé avec trois fils. La poche est nettoyée avec des éponges trempées dans du sublimé. Son adhérence au foie et son épaisseur empêchent de l'enlever. On procède alors au capitonnage. Deux gros fils de catgut sont passés profondément dans l'épaisseur de la paroi. Le premier point détermine une hémorrhagie veineuse assez abondante qui s'arrête dès que les fils sont serrés. Ces deux fils suffisent à adosser les parois du kystes et à supprimer sa cavité. L'incision hépatique est ensuite suturée par un surjet au catgut et le tout est rentré dans le ventre sans drainage. La plaie abdominale est complètement fermée. Le malade est sorti complètement guéri de l'hôpital.

L'oblitération de la cavité limitée par la membrane adventice, la suture du foie et la réduction de l'organe sans drainage suivie de suture de la paroi abdominale constituent un progrès sur la marsupialisation. Mais le procédé de réduction n'est pas applicable à tous les cas.

M. Delbet en limite l'emploi aux kystes hydatiques à contenu clair non infecté, et s'il y a une communication avec les voies biliaires, on ne pourra l'employer que si la bile n'est pas infectée.

V

Même séance. — M. Weil présente un cas de myosite ossifiante progressive.

Il s'agit d'un Israélite de 30 ans, né en Roumanie, sans antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de l'affection remonte à 11 ans. A ce moment il y eut de la fièvre, des vomissements, des douleurs intenses, de la rougeur et de la tuméfaction de tout le côté droit de la partie supérieure du corps. Après amendement progressif et disparition des symptômes aigus au bout de trois mois, on a constaté que toutes les parties atteintes étaient devennes dures et rigides ; l'épaule droite était ankylosée, la tête immobile sur le cou, les mâchoires contracturées au point que, pour pouvoir alimenter le malade, il fallut pratiquer une brèche entre les dents.

Deux ans de suite, à la même époque, les mêmes phénomènes aigus se sont reproduits encore du côté droit, descendant toujours plus bas et amenant peu à peu l'ossification de tout le côté. Puis le côté gauche a été envahi à son tour ; des accès se montrèrent tous les printemps, jusqu'à il y a quatre ans. Depuis il n'y a pas eu de nouvelles poussées, sauf il y a quelques mois.

État actuel : la situation debout et la marche sont possibles ; le tronc est fortement incliné en avant et à droite; la tête tournée à gauche est immobile sur la colonne vertébrale, qui est complètement raide. Ankylose complète des deux mâchoires, des deux épaules, du coude droit ;

elle est incomplète au coude gauche. Aux membres inférieurs ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauches.

Toute la musculature de la partie postérieure du tronc est transformée en une espèce de carapace dure, osseuse, avec des travées, des reliefs, des excavations.

VI

Séance du 2 juin. — M. Cornil communique à l'Académie un mémoire de M. Chantemesse sur les *huîtres et la fièvre typhoïde,* que nous reproduisons *in extenso* :

« M. Chantemesse a connu plusieurs personnes qui, soucieuses de leur santé et veillant avec soin sur leur eau de boisson, avaient contracté la fièvre typhoïde en mangeant sans défiance des huîtres souillées par des eaux contaminées. Témoin l'observation suivante, qui a presque la rigueur d'une expérience de laboratoire.

« Dans une petite ville de l'Hérault, Saint-André-de-Sangonis, où le dernier cas de fièvre typhoïde remontait à un an environ, un marchand reçut le 15 février dernier une bourriche d'huîtres venant de Cette. Ces huîtres furent vendues et mangées crues par 14 personnes de la ville.

« Toutes celles-ci ont été malades, et dans les six maisons où l'on a consommé les huîtres, les membres de la famille et les domestiques qui n'en avaient pas mangé n'ont éprouvé aucun malaise.

« Sur les 14 personnes atteintes, 8 en ont été quittes pour des accidents relativement bénins, qui ont duré deux ou trois jours et qui ont consisté en douleurs gastriques, vomissements, diarrhée, borborygmes, inappétence et malaise général.

« Quatre autres, les plus jeunes, qui n'avaient pas fait

une grande consommation d'huîtres, ont éprouvé des accidents longs et tenaces, qui ont persisté de quinze à vingt-cinq jours ; les selles étaient infectes, pénibles, d'apparence dysentérique ; le ventre était ballonné, plein de gargouillements et douloureux à la pressiou ; les malades souffraient d'un malaise général et d'une grande prostration.

« Les deux autres personnes, une jeune fille de 20 ans et un jeune homme de 21 ans, ont été atteintes d'une fièvre typhoïde exceptionnellement grave. La jeune fille a succombé.

« Les détails cliniques de cette observation ressemblent étroitement à ceux qui font suite d'ordinaire aux infections produites par les mollusques. Le poison absorbé le même jour, à la même dose sensiblement, par diverses personnes, traduit ses effets suivant l'aptitude réactionnelle des individus.

« L'épidémie attribuée aux huîtres de Cette pouvait-elle être provoquée par des huîtres de toute provenance, achetées au hasard chez les marchands de Paris ?

« Était-il possible d'en acquérir la certitude expérimentale ? C'est le problème que M. Chantemesse a cherché à résoudre. Il a acheté, chez un des principaux marchands de Paris, des huîtres fraîches de diverses provenances, à leur arrivée à Paris, au moment où elles allaient être livrées à la consommation. Il choisit des Marennes vertes et blanches, des huîtres dites anglaises, des huîtres d'Ostende, des huîtres portugaises, etc. Elles étaient vivantes, bien conservées et d'aspect appétissant. Soumises, avec l'aide de son externe, M. d'Avellar, à un examen bactériologique méthodique dans le laboratoire, il fut reconnu que toutes renfermaient beaucoup de germes et bon nombre étaient contaminées par la présence de coli-bacilles. Quelques-

unes de ces huîtres, vivantes, ont été placées dans de l'eau de mer, souillée intentionnellement de déjections typhiques et de bacilles typhiques.

« Après un séjour de vingt quatre heures dans cette eau, elles ont été retirées conservées, fermées, pendant vingt-quatre heures encore, c'est-à-dire le temps que nécessite d'ordinaire le voyage des huîtres, de leur parc aux lieux de consommation. Après ce temps, les huîtres étaient encore vivantes, sans odeur particulière, et de belle apparence. L'examen bactériologique a montré qu'elles renfermaient, dans leur corps et dans l'eau qui les baignait, des coli-bacilles et des bacilles typhiques vivants.

« L'analyse bactériologique confirmait donc pleinement les données de l'épidémiologie.

« L'huître de bonne qualité est un excellent aliment et parfaitement inoffensif; son caractère de nocuité accidentelle lui vient des souillures auxquelles on l'expose. Le danger est moindre dans les contrées où l'huître est consommée cuite : il devient grave dans les pays, la France, l'Angleterre, l'Italie, etc., où l'huître est mangée crue. La souillure la plus fréquente est contractée dans les parcs d'engraissement ou de réserve. Ceux-ci sont installés, pour la plupart, au bord de la mer, près de l'embouchure des rivières, des canaux, des ruisseaux qui charrient des germes et des déjections de toutes sortes.

« Dans ce mélange d'eau de mer et d'eau douce chargée de matières organiques, l'huître prospère mais se contamine facilement. Dans le midi et l'ouest de la France, on pourrait citer nombre de parcs réputés les plus favorables à l'engraissement, où les faits se passent de la façon que j'indique. A Cette, d'où sont venues les huîtres, cause de l'épidémie de Saint-André-de-Sangonis, le canal qui fait

communiquer l'étang de Thau avec le port traverse la ville et reçoit en abondance des déjections et des ordures ; il donne aussi asile aux huîtres qui, placées dans de grandes caisses, y sont communément immergées. A l'embouchure de la Vilaine, le parc de Pénesten est baigné constamment par les eaux du fleuve qui transportent les déjections de Redon, de Rennes et de bien d'autres agglomérations humaines.

« Mêmes réflexions pour les parcs du Morbihan situés sur la rivière d'Auray et sur la rivière de Vannes, etc.

« Des faits très analogues à ceux-ci ont été constatés à l'étranger, en ce qui concerne la transmission de la fièvre typhoïde et du choléra.

« Déjà, en 1880, dans un Congrès de la *British medical Association* tenu à Cambridge, Sir Cameron avait indiqué ce mode de propagation de la fièvre typhoïde.

« Dans ces dernières années, les publications sur ce point sont devenues fréquentes. Qu'il suffise de citer les observations du Dr Conn (*New-York Evering Post*, 1894), de William Broadbent (*British medical Journal*, 1895) et celles du Dr Johnston-Lavis, faites antérieurement à Naples, etc.

« En Amérique, les faits de transmissions infectieuses par les huîtres sont devenus assez inquiétants pour que le gouvernement se préoccupât des mesures préventives soumises aux délibérations de la « State Fish and game Commission ».

« Il est donc souhaitable que les mesures de surveillance prises pour assurer l'innocuité des viandes de boucherie et des abattoirs, s'étendent à cette autre partie de l'alimentation constituée par des mollusques mangés crus. L'importance de cette alimentation est grande, puisque le chiffre

des huîtres consommées à Paris, chaque année, dépasse, paraît-il, 200 millions. »

Dr CRÉPEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. RASH SCARLATINIFORME DANS LA VARICELLE. — II. CANCER DE L'AMPOULE DE VATER. — III. SUR DEUX TYPES DE DÉFORMATION DES MAINS DANS L'ACROMÉGALIE. — IV. RETRÉCISSEMENT DE L'INFUNDIBULUM DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE SANS TROUBLES FONCTIONNELS APPRÉCIABLES JUSQU'A L'AGE DE VINGT-SIX ANS. — V. LA SCARLATINE A L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES EN 1895. — VI. SÉRUM DU PROFESSEUR MARAGLIANO DANS UN CAS DE TUBERCULOSE. — VII. EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PYROGALLIQUE.

I

(*Séance du 1er mai.*) — M. COMBY rapporte l'observation d'un enfant de deux ans, entré le 25 mars dernier à l'hôpital Trousseau pour une scarlatine qui guérit rapidement sans complications. Le 16 avril, quelques vésicules de varicelle surviennent dans le cours de la desquamation de sa scarlatine; le 17 avril, température du soir 39°8, rash scarlatiniforme généralisé, sans démangeaisons ni angine. Ce rash persiste le lendemain avec température élevée; le 19, le rash disparaît et la fièvre tombe.

Les rash sont rares dans la varicelle; ils surviennent ordinairement pendant l'éruption, sont très courts et peuvent être morbilliformes ou scarlatiniformes.

II

M. RENDU lit un observation d'épithélioma de l'ampoule

de Vater avec autopsie; il rapproche cette observation de celle que M. Hanot a communiquée récemment à la Société.

Voici le résumé de l'histoire du malade avec quelques remarques cliniques intéressantes :

« En résumé, un homme d'âge moyen, de bonne santé habituelle, est atteint d'ictère sans cause appréciable. A trois reprises différentes, la jaunisse disparaît, sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une simple rétention biliaire passagère. Puis elle reparaît de nouveau, se compliquant de fièvre, de tension douloureuse du foie, de phénomènes infectieux rappelant par certains côtés l'ictère grave. La mort survient au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques, parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse, qui, dans les deux derniers jours de la vie, se complique d'hémorrhagie intestinale. On trouve, à l'autopsie, un épithélioma à cellules cylindriques, exactement limité à l'ampoule de Vater, une angiocholite suppurée et des abcès du foie multiples, tandis que le pancréas reste absolument indemne de toute lésion.

« Deux points, dans cette observation, me paraissent mériter l'attention, parce qu'ils peuvent contribuer peut-être à faire distinguer cliniquement les cancers de l'ampoule de Vater, d'origine exclusivement intestinale, de ceux de la tête du pancréas. Ce sont les alternatives d'amélioration et de récidive de l'ictère, dans les premières phases de la maladie, et la diarrhée persistante de la période terminale.

« Comme chez le malade de Hanot, le début de l'affection a été insidieux et remarquablement bénin. Un ictère indolent, accompagné d'un léger embarras gastrique impossible à distinguer de l'ictère catarrhal classique, n'altérant pas sensiblement la santé générale, voilà tout ce

qu'ont présenté nos deux malades. Puis, quand on les croyait guéris, de nouveau, sans cause provocatrice appréciable, les signes de l'obstruction biliaire se sont reproduits, et cela, à plusieurs reprises différentes.

« Il est possible de se rendre compte du mécanisme de cet ictère intermittent, qui *a priori* semblerait imputable à un calcul flottant dans le canal cholédoque. La plaque d'épithélioma qui envahit l'ampoule de Vater ne supprime pas complètement la perméabilité du cholédoque : elle ne fait que le rétrécir, et ce rétrécissement lui-même peut varier suivant l état de turgescence et de vascularisation du néoplasme. Cette disposition explique également l'indolence absolue du mal pendant une assez longue période. Le développement de l'épithélioma est lent et absolument insensible; et d'autre part, l'obstruction biliaire se fait assez graduellement pour n'éveiller pour ainsi dire aucune douleur.

« Quand il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas, il ne donne pas nécessairement lieu tout de suite à de l'ictère ; mais le jour où par son développement il arrive à englober l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère devient définitif et ne rétrograde plus. L'intermittence de l'ictère est donc un signe de présomption du cancer de l'ampoule de Vater, tandis que sa persistance peut faire songer à celui de la tête du pancréas, surtout quand il s'y joint de l'amaigrissement et des signes de détérioration sérieuse de l'organisme.

« La diarrhée a vraisemblablement moins de valeur, car elle peut se rencontrer toutes les fois que la digestion pancréatique est altérée. Je serais tenté de croire cependant qu'il y a lieu d'en tenir compte, quand on la voit persister avec la fixité qu'elle présentait chez mon malade.

Quel que soit le siège des cancers épithéliaux de l'intestin, ils donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique, dont on ne comprend la signification que le jour où apparaissent certains symptômes insolites tels que l'entérorrhagie ou les phénomènes d'obstruction intestinale. Dans l'ictère chronique par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. L'ictère grave lui-même, qui donne si souvent lieu à des hémorrhagies intestinales, n'entraîne pas nécessairement de la diarrhée. C'est donc un accident quelque peu insolite, que de la voir survenir, au cours d'un ictère, et surtout de la voir persister malgré un traitement rationnel. Il faudra dorénavant, en pareil cas, penser à la possibilité d'un cancer de l'ampoule. »

III

M. P. Marie fait à propos de l'*acromégalie* une communication dans laquelle il décrit deux types de déformation des mains et, à ce propos, combat la confusion qui a été faite dans ces derniers temps entre l'acromégalie et le gigantisme.

En effet, MM. Brissaud et Meige ont soutenu récemment que « l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent ».

M. Marie est tout à fait opposé à cette opinon et son ami Guinon écrivait en 1889 pour distinguer ces deux états : « Dans le gigantisme, l'aspect n'est nullement celui que l'on constate dans l'acromégalie, les différents segments des membres et de la face conservant notamment, par rapport les uns aux autres, les dimensions ordinaires ; enfin, l'âge auquel se montrent ces modifications dans le volume des membres, la façon progressive avec laquelle celles-ci pro-

cèdent, tout révèle que non seulement il s'agit bien de deux états absolument différents, mais encore que, contrairement au gigantisme qui n'est, le plus souvent, que l'exagération d'un processus normal, l'acromégalie est une véritable maladie. »

M. Marie accepte cependant un des points de vue de MM. Brissaud et Meige. Ceux-ci « font remarquer que lorsque l'acromégalie débute chez l'adolescent, il se produit une élongation de la taille (gigantisme), tandis que lorsque l'acromégalie ne débute qu'à l'âge adulte, il n'y a pas élongation de la taille mais développement en largeur. Ils expliquent la différence de ces deux résultats en rappelant que, dans la période adulte, les cartilages épiphysaires étant soudés et encroûtés de sels calcaires, le développement des os en longueur est devenu très difficile sinon impossible, tandis que chez les adolescents ce développement est des plus faciles pour la raison opposée ».

M. Marie accepte cette manière de voir et pour lui les acromégaliques dont la maladie a débuté pendant l'adolescence sont un peu plus élancés, un peu moins cubiques que les autres ; il pense que par la seule inspection des mains on peut diagnostiquer si la maladie a débuté ou non pendant l'adolescence.

Il présente à l'appui de cette manière de voir deux malades dont l'un a le type classique, la main en battoir ; et l'autre une main élargie aussi et déformée en largeur, mais avec un certain allongement qui rend la déformation habituelle moins visible. Dans ce dernier cas l'acromégalie a débuté à 24 ans, tandis que dans l'autre, le début n'a eu lieu qu'à 42 ans.

Dans une séance ultérieure (15 *mai*) M. Brissaud est venu défendre son opinion en établissant que le gigan-

tisme étant, comme l'accepte M. Marie, une exagération du processus normal de croissance est bien une maladie qu'on peut comparer au goitre exophthalmique qui, pour M. Marie lui-même, est l'exagération d'une fonction normale du corps thyroïde. Il ajoute que le plus grand nombre des géants sont des acromégaliques chez lesquels l'acromégalie n'a commencé à se montrer qu'au moment où la croissance a été complète, de façon que les deux affections ont la même pathogénie, l'exagération du processus normal de croissance, qui tend à augmenter les os en longueur tant que cela est encore possible (gigantisme) et qui tend à augmenter les extrémités osseuses en largeur et en épaisseur lorsque la période de croissance est terminée.

IV

(*Séance du* 8 *mai.*) — M. Siredey lit une observation qui lui a été envoyée par un de nos anciens collègues, M. Cochez, professeur suppléant à Alger.

En voici le résumé :

Il s'agit d'un homme de 28 ans, qui entra à l'hôpital de Mustapha le 12 avril 1894.

Santé excellente jusqu'à l'âge de 21 ans, en 1887, où il s'engage dans le 1er régiment de zouaves et est trouvé bon pour le service après deux examens médicaux.

En 1889, pendant les grandes manœuvres de Kabylie, il ressent pour la première fois des douleurs au niveau du sternum et des palpitations. Il peut cependant terminer son service militaire, se marier et avoir un enfant, qui est bien portant.

En 1892, à 26 ans, bronchite avec crachements de sang, palpitations, suffocations et cyanose constatée pour la première fois.

En 1893, nouvelle bronchite, depuis laquelle les crises de cyanose et d'étouffements sont devenues fréquentes.

A son entrée, cyanose de la face et des extrémités : « A la palpation, frémissement cataire vers l'insertion sternale du troisième cartilage costal gauche. A la percussion, la matité du cœur déborde le bord droit du sternum, mais le cœur gauche ne paraît pas hypertrophié, la pointe bat dans le 5ᵉ espace intercostal. L'auscultation fait entendre un souffle systolique, rude, râpeux, perceptible dans toute la région cardiaque et même dans le dos entre les deux omoplates, mais dont le maximum se trouve à la partie interne du 3ᵉ espace intercostal gauche ; il se propage vers la clavicule gauche. Ce souffle commence avec le premier bruit qu'il couvre, occupe le petit silence, et ne cesse qu'avec le second bruit qui est nettement frappé ; » pouls veineux jugulaire.

Après un assez long séjour, mort. A l'autopsie, hypertrophie et dilatation du ventricule droit, orifice de 2 centimètres dans le diamètre vertical et de 1 centimètre 1/2 dans le diamètre horizontal faisant largement communiquer les deux ventricules ; rétrécissement serré (orifice comme une plume à écrire) entre le ventricule droit et l'infundibulum.

Il est extraordinaire qu'une pareille lésion ait pu être tolérée d'une façon aussi complète jusqu'à l'âge de 26 ans et permettre à celui qui la portait de faire un service militaire actif.

V

M. Marfan présente au nom de M. Apert, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, la statistique de la scarlatine en 1895.

Il y a eu 239 cas de scarlatine et 14 morts, soit 5,85 p. 100; sur ces 14 décès, 6 ont eu lieu le jour de l'entrée ou le lendemain, pour des angines graves ; 1 le septième jour pour une arthrite purulente du poignet, chez un enfant coxalgique; 1 mort d'urémie ; 3 morts cachectiques, les treizième, dix-huitième et vingt-quatrième jours, avec broncho-pneumonie; 1 mort de broncho-pneumonie le onzième jour après amygdalite et glossite ulcéreuse ; 1 mort le vingt septième jour après injection de sérum de Marmorek, albumine, angine pseudo-membraneuse, phlegmon du voile du palais ; 1 entré avec coqueluche, pris d'angine secondaire, de broncho-pneumonie et de laryngite suffocante.

Nous allons étudier quelques-unes des complications signalées.

Angines blanches du début. — 76 sur 239 malades; ordinairement bénignes; quelques cas graves avec enduits grisâtres, ganglions engorgés, suppuration du pharynx supérieur, jetage, ressemblant à des angines diphtéritiques, mais ne présentant que des streptocoques et quelquefois des staphylocoques; jamais de bacilles diphtéritiques.

Angines secondaires. — 18 cas, toujours à streptocoques, jamais de bacilles de la diphtérie; s'accompagnant souvent d'otites, de glanglions, de broncho-pneumonie; un seul décès.

Adénites suppurées du cou. — 7 cas.

Otites purulentes. — 49 cas, écoulement assez rarement précédé de douleurs, avec cinq fois mastoïdite.

Néphrite scarlatineuse. — 15 cas; 9 sont entrés ayant déjà la néphrite; pour les 6 autres, la complication

(albuminurie, œdème) a été constatée 4 fois le 19e jour de la maladie, 1 fois le 18e et 1 fois le 23e jour.

« Dans 6 cas, l'albuminurie et l'œdème sont restés les seuls signes de la maladie. Dans 1 cas, il s'est développé une abondante pleurésie séreuse. Dans 6 cas, il s'est produit de l'hématurie; dans 3 cas, de l'urémie convulsive; dans 3 cas de la dyspnée urémique; des vomissements, dans 1 cas; une épistaxis dans 1 cas; enfin, dans 1 cas, qui a cependant guéri, il y a eu de l'anurie absolue pendant quarante-huit heures, et du coma pendant vingt-quatre heures. Un seul enfant, amené au 22e jour avec de l'urémie convulsive et de l'hématurie, est mort trente-six heures après l'entrée. » Tous les autres ont guéri.

Dans 33 autres cas on a noté de l'albuminurie passagère qui, 11 fois, relevait d'une des complications de la scarlatine (angines graves, broncho-pneumonie, etc).

Broncho-pneumonie. — 12 cas, dont 5 morts.

Complications articulaires ou sinoviales. — 5 cas de rhumatisme scarlatin; 2 cas de synovite des extenseurs des doigts; 2 arthrites suppurées, l'une dans le poignet droit chez un enfant qui succomba à une scarlatine grave (streptocoque dans le pus), l'autre dans un genou, chez un enfant peu malade (une ponction donna du pus stérile).

Complications cardiaques. — Un seul cas d'endocardite chez un enfant ayant présenté du rhumatisme scarlatin polyarticulaire.

Si on examine l'âge des petits malades on trouve jusqu'à 5 ans, 67 cas avec 8 décès, soit 12 p. 100; de 5 à 10, 127 cas avec 5 décès, soit 4 p. 100; de 10 à 15, 45 cas sans décès. Doù on peut conclure que la maladie est plus fréquente de 5 à 10 ans et plus grave avant 5 ans.

Au point de vue de la fréquence de la maladie suivant les mois, le plus grand nombre des cas observés a rapport au printemps et à l'été (mars à août); au point de vue de la mortalité, c'est pendant l'hiver (décembre à mars) qu'elle a été la plus forte.

Le traitement a été des plus simples, le sérum antistreptococcique de Marmorek a été employé deux fois, ses résultats ne sont pas encourageants. « Dans le premier cas, l'enfant a fait néanmoins une angine pseudo-membraneuse (au 8ᵉ jour) et une otite double (au 14ᵉ jour). Dans le second cas, au 3ᵉ jour après l'injection est apparue une angine à streptocoques très étendue, qui a été suivie d'un phlegmon du voile du palais, avec suppuration et perforation du voile, adénites sous-maxillaires suppurées et mort en hyperthermie. »

M. Le Gendre a soigné à Aubervilliers 319 scarlatines avec 6 décès, soit 1,88 p. 100.

Il a vu un confrère atteint de scarlatine régulière, apyrétique le 5ᵉ jour, qui s'est fait faire une injection de 15 centimères cubes de sérum de Marmorek pour hâter la résolution d'une adénopathie du cou et empêcher le développement de douleurs articulaires, qu'il redoutait comme ancien rhumatisant. Le sérum ne lui a paru avoir aucune action dans ce cas et il est peu disposé à l'employer devant les résultats obtenus actuellement.

M. Marfan fait remarquer que les malades de M. Le Gendre étaient des adultes et qu'il n'est pas étonnant que la mortalité ait été moindre que celle qu'il a eue sur les enfants.

M. Comby publiera à la fin de l'année la statistique du service de l'hôpital Trousseau. Il peut dire à propos du sérum de Marmorek qu'en 1895, pendant le service de

M. Josias, du 1er janvier au 16 octobre, 417 enfants, non injectés, ont donné 23 décès, soit 5.5 p. 100; du 16 octobre au 31 décembre, 96 entants traités par les injections du sérum de Marmorek ont présentés 8 décès, soit 8,3 p. 100. Ce qui ne paraît pas très favorahle à l'emploi de ce mode de traitement.

IV

(*Séance du 15 mai.*) — M. Rendu lit une note d'un membre correspondant de la Société, M. le Dr Vigenaud, de Clermont-Ferrand, sur un cas de tuberculose traité avec succès par le sérum du professeur Maragliano (de Gênes). Nous le reproduisons, car tout ce qui touche le traitement de la tuberculose a une grande importance ; nous ferons cependant remarquer que le mode de préparation de ce sérum n'étant pas publié intégralement, son emploi peut difficilement entrer dans la pratique médicale.

Voici l'observation :

Mme A..., âgée de 30 ans, est fille d'un père mort à 63 ans d'une pleurésie qualifiée tuberculeuse et d'une mère encore bien portante. Ses principales maladies ont été une fièvre typhoïde avant 10 ans et une chloro-anémie profonde qui succéda à l'apparition des règles vers la seizième année et durait encore lors de son mariage à vingt-quatre ans.

Vers l'âge de 24 ans, elle fut prise de contractures et de douleurs dans la cuisse droite. Peu à peu, la cuisse se tuméfia, les tissus s'empâtèrent et les médecins diagnostiquèrent une lésion tuberculeuse du fémur. Une première collection purulente se forma et fut ouverte. Elle guérit en laissant une fistule auprès du grand trochanter.

A ce moment, une première grossesse se produisit, suivie d'une couche heureuse ; deux ans plus tard, une deuxième grossesse survint au cours de laquelle une fistule vaginale se déclara en communication avec le trajet trochantérien. Après l'accouchement, on pratiqua des injections iodées dans les trajets fistuleux pendant quatre mois. Ce traitement ne donnant aucun résultat, on intervint chirurgicalement, après anesthésie chloroformique. La cuisse et la fesse furent ouvertes dans une étendue de 35 centimètres, on pénétra jusqu'à l'os qui fut trouvé sain, on fit le curetage de la région, ainsi que celui du trajet fistuleux vaginal. La plaie opératoire se guérit, en laissant deux fistules communiquant toujours avec l'ouverture vaginale. La situation resta identique à celle qu'avait nécessité l'intervention..

L'état général est mauvais ; la pâleur et l'amaigrissement sont marqués et une bronchite spécifique épuise la malade. Elle tousse depuis six ans environ, elle a eu des hémoptysies nombreuses ; à l'auscultation, on reconnaît un foyer tuberculeux assez étendu au sommet droit et une lésion un peu moins prononcée au sommet gauche ; expectoration abondante, épaisse et très colorée. L'examen bactériologique, pratiqué à plusieurs reprises, y dénote la présence de bacilles de Koch en grand nombre et groupés.

Il y a de la fièvre tous les soirs et des sueurs fréquentes. Le poids est de 56 kilogrammes.

Les injections de sérum italien sont pratiquées tous les deux jours ; elles déterminent, à la deuxième injection, une éruption confluente généralisée d'aspect miliaire, accompagnée d'un haut mouvement de fièvre et de démangeaisons très vives. En quarante-huit heures, l'éruption disparaît, en ne laissant que des traces de grattage. On

trouve dans chaque aisselle un ou deux ganglions gros et douloureux. Les injections sont continuées et, dès la septième injection, l'amélioration se dessine rapide, manifeste. La toux, la fièvre cessent ; l'expectoration se tarit ; l'appétit, le sommeil reviennent ; l'augmentation de poids est certaine. Aujourd'hui, après vingt-trois injections, le poids est de 62 kilogrammes ; la mine meilleure qu'elle n'a jamais été ; les chairs fermes et solides ; l'appétit excellent, l'apyrexie complète.

Pour avoir un crachat à examiner, il faut attendre trois jours. L'examen bactériologique y révèle cependant encore quelques rares bacilles de Koch, épars, en dehors des éléments cellulaires.

La tuberculose chirurgicale semble s'amender : la cuisse a diminué de volume, les trajets fistuleux se tarissent et les mouvements, gênés auparavant, deviennent de plus en plus aisés et faciles.

Ce n'est pas un succès complet puisque l'examen bactériologique a encore fait rencontrer quelques bacilles de Koch, mais il y a là cependant un résultat relatif appréciable.

VII

(*Séance du 22 mai.*) — M. Dalché lit une observation d'empoisonnement par l'acide pyrogallique, avec autopsie.

Un jeune homme de 23 ans absorbe le 29 mars au soir 15 grammes d'acide pyrogallique en poudre dans de l'eau et de l'absinthe : aussitôt après, brûlures avec nausées au niveau de l'œsophage et de l'estomac. A 11 heures du soir, vomissements noirs abondants qui se renouvellent la nuit et le lendemain matin ; urines noirâtres.

Le *mardi* 31, les vomissements cessent tout à fait ; les

téguments prennent une apparence subictérique. Le malade, qui se plaint de souffrir au creux épigastrique et et dans l'hypogastre, entre dans la soirée à l'hôpital Beaujon, salle Sandras, n° 20.

Le *mercredi* 1er *avril*, la teinte subictérique est très nette et généralisée ; les lèvres sont violacées, les yeux excavés et cerclés de noir ; la langue est épaisse et saburrale. Le malade répond avec peine aux questions qu'on lui pose, cependant il ne délire pas ; sa température est de 38°4, le soir 38°9.

Il a une diarrhée très liquide. Le foie déborde légèrement les fausses côtes, la rate est grosse, et la percussion réveille de la douleur à son niveau.

Les urines assez abondantes sont brunes très foncées, presque noires ; tout d'abord on s'assure qu'elles contiennent de l'albumine (2 gr. 75 par litre, urée 24 gr. 33, pas de sucre, quelques rares hématies) ; puis au spectroscope on constate la présence de méthémoglobine et de l'oxyhémoglobine (plus tard l'urine soumise à la distillation a donné nettement les réactions du phénol).

Le cœur et les poumons n'offrent aucun signe pathologique.

Le malade accuse quelques crampes dans les bras et de la douleur à la pression des masses musculaires.

Le *jeudi* 2 *avril*, le malade a déliré toute la nuit. Ce matin, il est dans un état comateux ; les extrémités sont froides, les lèvres cyanosées : le pouls est petit et fréquent. Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, le tube digestif, le cœur, le cerveau, les poumons sont sains ; les reins, un peu gros, d'aspect noirâtre ; leur coupe est brun très foncé et cette coloration est surtout marquée au niveau de la substance corticale.

La rate est volumineuse, sa consistance est diminuée ; le foie a une apparence jaunâtre ; la vésicule contient une grande quantité de bile très foncée, presque noire.

L'examen microscopique des reins fait par M. Brault montre « la lumière des tubes de la substance corticale remplie de sphères assez réfringentes dont les plus volumineuses n'excèdent pas le diamètre d'un petit globule blanc... Ces boules ne sont pas des éléments figurés, car on n'y constate aucun noyau ; elles ne ressemblent pas non plus à celles qui existent habituellement dans les exsudations intra-tubulaires des néphrites en évolution... Dans les capillaires et les grosses veines, il existe des coagulations sous forme de taches ou de réseaux plus ou moins épais... Ces diverses lésions indiquent, à n'en pas douter, une modification profonde du sang. »

Nous retiendrons des symptômes de cet empoisonnement deux indications soumises à la loi des semblables ; nous pourrions essayer l'acide pyrogallique dans les cancers de l'estomac et du foie, où il serait indiqué par les hématémèses, les nausées, l'augmentation de volume du foie. Ce médicament nous paraît très indiqué au point de vue homœopathique dans l'hémoglobinurie paroxystique.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement sérothérapique de la maladie de Basedow

M. le Dr C. Gioffredi a traité, à l'hôpital des incurables de Naples, dans le service de M. le Dr Fazio. privatdocent de pathologie et de clinique médicale propédeutique à la Faculté de médecine de cette ville, une femme âgée de 32 ans, atteinte de goitre exophtalmique, chez laquelle il a obtenu des résultats favorables par des injections hypo-dermiqnes de sérum de chien « éthyroïdé », moyen que MM. les Drs G. Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Enriquez avaient récemment proposé pour le traitement des basedowiens.

Le sérum dont s'est servi notre confrère italien provenait d'un chien récemment thyroïdectomisé et qui présentait le tableau complet de la cachexie strumiprive, non arrivée cependant à la période ultime. Au moyen de ce sérum, obtenu avec toutes les précautions nécessaires pour en assurer la stérilité et additionné de 0.1 p. 100 de crésol, M. Gioffredi a fait à sa malade, en quarante-sept jours, 37 injections de 0,5 à 1 centimètre cube, puis, après un intervalle de deux semaines, 17 autres injections de 2 centimètres cubes en l'espace de vingt jours.

Ce traitement a eu pour effet de faire cesser presque complètement la céphalée, l'anorexie, l'agitation, le tremblement et la tachycardie, d'amender considérablement l'exophtalmie, d'améliorer l'état de la nutrition et de provoquer le retour des règles. Toutefois, ce résultat n'était que temporaire, car tous les troubles morbides revenaient

peu à peu dès qu'on suspendait le traitement sérothérapique.

Il faut noter aussi que dès que la dose de sérum injecté dépassait 1 centimètre cube, on voyait se produire une légère réaction fébrile qui ne dépassait pas 38°, et qui disparaissait aussitôt après la suppression des injections.

(*Semaine médicale* 20 mai.)

Traitement de l'ozène par des injections de sérum antidiphtérique.

Les Drs Belfanti et Della Vedova, ayant constaté à l'institut sérothérapique de Milan que l'ozène serait dû à un microbe identique au bacille de Löffler mais moins virulent ont été conduits à expérimenter les effets des injections de sérum antidiphtérique dans l'ozène. Les résultats obtenus ont été remarquables, puisque sur 32 ozéneux traités par nos confrères, 16 sont complètement guéris, 8 se trouvent actuellement en voie de guérison, 5 ont été améliorés rapidement et chez 4 seulement l'atténuation des symptômes a été lente à se produire.

Le traitement employé dans ces cas consiste à pratiquer tous les deux jours ou, autant que possible, tous les jours une injection de 10 centimètres cubes du sérum antidiphtérique. Le nombre des injections varie suivant l'âge du sujet, la durée de la maladie et le degré de réaction locale et générale, mais il faut en moyenne une trentaine d'injections pour guérir l'ozène.

Les injections de sérum antidiphtérique provoquent d'abord, chez les ozéneux, de la congestion de la muqueuse nasale. Bientôt après l'odeur fétide de l'haleine disparaît,

les produits de sécrétion se fluidifient et la formation des croûtes est définitivement enrayée. Les accidents que peuvent déterminer les injections de sérum chez les sujets atteints d'ozène sont analogues à ceux qu'on observe chez les diphtériques soumis au traitement sérothérapique et ne présentent aucune espèce de gravité. Lorsqu'ils se manifestent, on suspend la médication pour la reprendre dès que les troubles en question se sont dissipés.

Ce traitement sérothérapique de l'ozène a été également employé, avec plus ou moins de succès, par M le D[r] Bozzolo, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Turin, et par M. le D[r] G. Gradenigo, chargé du cours d'otologie à la même Faculté. (*Semaine médicale* 8 avril.)

MÉDICATION THYROIDIENNE DANS LA MYOPATHIE PROGRESSIVE.

Dans un cas de myopathie progressive chez un homme de quarante-quatre ans qui avait été vainement soumis à tous les traitements habituellements employés contre cette affection, M. le D[r]. R. Lépine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, a eu recours avec un certain succès à la médication thyroïdienne. Il s'est servi de corps thyroïde frais, broyé au mortier, additionné d'un peu de poudre de guimauve, et administré en cachets contenant chacun 2 grammes de glande. Le malade absorba environ 60 grammes de substance thyroïde par semaine durant un mois. Sous l'influence de ce traitement, on vit se produire une amélioration sensible qui se manifesta par une augmentation de l'énergie de la contraction des muscles qui n'étaient pas malades depuis trop longtemps. Cet effet fut assez accusé pour permettre au malade de reprendre ses occupations.

Un résultat à peu près analogue a été obtenu par M. Lépine chez un autre myopathique auquel il a eu l'occasion de prescrire également la médication thyroïdienne.

Hemorrhagie cérébrale chez une fille de 16 ans

C. W., âgée de 16 ans, prise subitement le 29 novembre 1895, à midi, de malaise et de mal de tête; quelques instants après, convulsions épileptiformes; coma, avec respiration stertoreuse, hémiplégie droite, convulsions dans le côté gauche; urines un peu albumineuses.

L'état va en s'aggravant et la malade meurt, sans avoir repris connaissance le matin du 2 décembre, quarante heures après le début de sa maladie.

L'autopsie pratiquée trente beures après la mort fit constater les lésions suivantes. Toute la surface du cerveau est très congestionnée, une vaste hémorrhagie a désorganisé le cerveau dans la région du lobe temporo-sphénoïdal droit, remplissant le ventricule latéral droit; le sang avait passé dans le ventricule gauche et aussi dans le troisième et le quatrième qui étaient tous très distendus. Le cœur, qui est le seul organe, avec le eerveau, qui ait été examiné, a été trouvé sain.

(*Journal de clin. et de thér. infantile*, 9 avril.)

Traitement de l'aménorrhée spontanée, et de l'aménorrhée et des troubles de la ménaupose par l'ingestion d'extrait ovarique

Le Dr Mainzer a publié récemment une observation dans laquelle des troubles fonctionnels consécutifs à l'oophorectomie double ont été considérablement amendés

par l'usage interne de substance ovarienne. M. le Dr R. Mond, assistant de la clinique de M. le Dr R. Werth, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kiel, a vu cinq cas analogues également améliorés par le traitement organothérapique. Fait intéressant, ce même résultat favorable a été obtenu à la clinique gynécologique de Kiel, dans deux autres cas de troubles causés par la cessation de la menstruation au moment de l'âge critique, ainsi que dans quatre cas d'aménorrhée due soit à l'atrophie des organes génitaux, soit à la neurasthénie. Chez ces six dernières malades, on a noté aussi l'atténuation des phénomènes morbides (bouffées de chaleur, céphalalgie, insomnie, palpitations, etc.), et chez l'une d'elles, dont l'aménorrhée était liée à la neurasthénie, les règles ne tardèrent pas à se rétablir. (*Semaine médicale*, 11 avril.)

LAVEMENTS CHAUDS DANS LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE

Le Dr Pollatschek (de Carlsbad) se trouve très bien dans le traitement de la diarrhée chronique de petits lavements d'eau très chaude, ayant du côté de l'intestin une action décongestionnante analogue à celle des injections vaginales chaudes.

La quantité d'eau injectée dans le rectum doit être telle que le malade puisse la garder facilement jusqu'à son absorption complète; aussi ne doit-on pas employer au début plus de 100 grammes pour chaque lavement. Plus tard, on augmente peu à peu la quantité du liquide jusqu'à 200 grammes.

La température de l'eau, au moment de sa pénétration dans l'intestin, doit être de 40° pour les premiers lave-

ments. Dans la suite, on la porte progressivement à 43°. Comme il est nécessaire de tenir compte du refroidissement de l'eau pendant son passage à travers le tube en caoutchouc qui relie le récipient à la canule rectale, il faut, pour que le lavement soit assez chaud, que l'eau versée dans le récipient ait une température de 42° à 45°.

Pour administrer le lavement on a soin d'introduire la canule rectale assez haut dans l'intestin et de faire couler le liquide lentement. Après l'injection, le malade doit rester immobile.

Ces lavements seront répétés une ou deux fois par jour et continués pendant une période de temps relativement longue, dont la durée variera naturellement suivant le genre d'affection intestinale à laquelle on aura affaire.

(*Semaine médicale*, 13 mai.)

BIBLIOGRAPHIE

LA LUTTE CONTRE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

M. le Dr Haas vient de publier à Nancy (1) sous ce titre une instruction où il décrit minutieusement tous les soins d'antisepsie et d'asepsie nécessaires pour éviter la fièvre puerpérale ; ce petit fascicule, dédié par son auteur aux sages-femmes françaises, nous paraît très recommandable et rendra à celles-ci de grands services.

---

(1) Imprimerie Berger-Levrault et Cie, 18, rue des Glaces.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE
TOME LXXXIII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

—

1896

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1896

MÉDECINE PRATIQUE

Essai de vaccination du cobaye contre la tuberculose par la lymphe de Koch et par les cultures de tuberculose atténuée a l'aide de l'iode. Qu'est-ce que la lymphe de Koch?

Travail du laboratoire de l'hôpital St-Jacques.

L'importance de la vaccination est considérable, surtout quand elle s'applique à la tuberculose; il n'est pas besoin d'insister sur les avantages pratiques qui résulteraient de la découverte d'un moyen capable d'empêcher le développement de la tuberculose comme le vaccin empêche la variole, comme la bactérie charbonneuse préserve les troupeaux des atteintes du charbon. Après bien d'autres, nous avons étudié expérimentalement cette question et si nos résultats ont été négatifs, nous croyons néanmoins utile de faire connaître nos expérimentations qui auront au moins pour résultat de détruire certaines illusions.

Pendant quatre mois, nous avons injecté à 4 cobayes de la lymphe de Koch à la dose de 2 et 4 centimètres cubes répétés toutes les semaines, et ces cobayes sont restés absolument bien portants. Ils ont même engraissé.

Sur deux de ces cobayes nous avons inoculé, le 28 juin 1895, 2 centimètres cubes de tuberculose en culture sur

bouillon, atténuée par 75 centimètres cubes de gramm (solution iodurée).

Le 2 et le 9 juillet, nous avons de nouveau injecté 2 centimètres cubes de tuberculine de Koch.

Enfin le 6 août, nous avons inoculé ces mêmes cobayes avec une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'un crachat très riche en bacilles de Koch.

Au commencement de nos expériences, le 28 juin, le n° 1 de ces cobayes pesait 700 grammes; le n° 2 pesait 695 grammes.

Malgré les injections de tuberculose additionnée de gramm et de tuberculine de Koch, ces deux cobayes avaient atteint le 6 août, époque à laquelle nous avons injecté le crachat tuberculeux, le n° 1, 870 grammes; le n° 2, 805 grammes. C'est-à-dire qu'en cinq semaines le n° 1 avait gagné 170 grammes; le n° 2 avait gagné 110 grammes.

A partir de l'injection du crachat tuberculeux, les deux cobayes ont maigri rapidement. Ainsi le 14 août, le n° 1 ne pesait plus que 815 grammes et le n° 2, 750 grammes : à ce moment-là, les piqûres d'injection commencent à suppurer.

Huit jours après, 21 août, le cobaye n° 1 pesait 630 grammes et le n° 2, 685 grammes.

Le 2 septembre, le cobaye n° 1 ne pesait plus que 510 grammes. Il mourut le lendemain. Le cobaye n° 2 pesait encore 540, il avait maigri moins rapidement que l'autre. Aussi il ne mourut que le 5 octobre.

Tous les deux présentaient des granulations tuberculeuses dans tous les organes.

Ainsi ni la lymphe de Koch, ni la tuberculose atténuée

par l'iode ne jouissent de la propriété de *vacciner* contre la tuberculose.

Nous venons de relire la communication faite par Koch en 1890. Koch avait trouvé un liquide qui vaccinait le cobaye et le lapin contre la tuberculose, qui guérissait la tuberculose développée chez ces deux animaux ; ce liquide injecté chez l'homme tuberculeux déterminait une réaction fébrile considérable et modifiait rapidement l'affection locale. Le lupus notamment, facile à observer à cause de son siège sur les téguments, d'abord excité, puis nécrosé, s'affaissait et se cicatrisait rapidement ; la tuberculose articulaire et osseuse ne résistait point aux injections de ce liquide, la phtisie enfin guérissait à coup sûr quand elle était peu avancée, et s'amendait toujours, excepté quand la cachexie était déjà produite.

Cette singulière communication, qui fut saluée comme la découverte thérapeutique la plus considérable qui eût été faite, qui suscita tant d'espoir chez les médecins et chez les malades, contient autant d'erreurs que de mots : la tuberculine de Koch ne vaccine point les cobayes, nous venons de le voir, et ce fait a été démontré par tous les expérimentateurs. Mais si elle ne préserve pas, guérit-elle au moins? Elle ne guérit même pas le lupus et si dans quelques cas on a signalé une amélioration passagère, la maladie à bientôt repris sa marche et il n'existe pas un cas de guérison définitive et authentique.

Quant aux phtisiques, les résultats sont lamentables ; les phtisiques sont morts, la plupart par broncho-pneumonie, quelques-uns par hémoptysie, un grand nombre par laryngite, d'autres par méningite, d'autres par néphrite, d'autres par le cœur.

Si on réfléchit que les résultats les plus nets de la découverte de Koch se résument dans la mort de quelques milliers de malades et dans le gain d'un grand nombre de thalers, on se trouve en présence d'un problème psychologique que nous ne voulons pas résoudre.

Incontestablement, présentée comme elle l'a été par Koch, la tuberculine n'a été qu'une déception thérapeutique. Mais cette déception est née précisément du défaut de critique, je dirai même de l'enthousiasme insensé qui a présidé à la première publication de cette découverte. Les très nombreuses observations faites sur le malade, les expérimentations plus nombreuses encore pratiquées sur les animaux nous ont fait connaître, un peu tardivement, mais d'une manière beaucoup plus précise, les propriétés de la tuberculine. Nous voulons exposer ces propriétés et rechercher si on ne peut pas en déduire quelques applications pratiques.

I. — La tuberculine est une substance absolument inoffensive chez le cobaye non tuberculeux et très probablement aussi chez l'homme. *Ce n'est donc point une toxine.* Nous avons vu avec bien d'autres observateurs que, même à doses très fortes, ce liquide n'altérait en rien la santé du cobaye et si, en portant l'injection à la dose de 5 centimètres cubes ou 6 centimètres cubes, on détermine des convulsions et la mort en quelques heures, ces phénomènes graves sont dus non à la tuberculine, mais à la glycérine contenue dans la préparation, comme Straus l'a démontré en injectant de la glycérine aux cobayes et déterminant par cette injection une mort rapide avec convulsion.

II. — La tuberculine qui, nous l'avons vu, est inoffensive pour un organisme sain, détermine chez les tubercu-

lieux des troubles généraux et locaux de la plus grande intensité et, malgré quelques restrictions, cette propriété de la tuberculine de produire chez des tuberculeux un mouvement fébrile intense est si générale qu'on a tiré de ce fait une application pratique : couramment les vétérinaires pratiquent des injections de la liqueur de Koch pour établir le diagnostic de tuberculose dans les cas douteux. Quelques médecins ont même appliqué cette méthode pour le même diagnostic chez les enfants.

Ainsi une première application pratique à mettre au compte de la tuberculine est celle d'être un instrument de diagnostic.

III. — Après tant de bruits, tant de vies sacrifiées et un si grand nombre d'expérimentations sur les animaux, il serait triste d'arriver à cette conclusion : la lymphe de Koch n'est qu'un simple réactif de la tuberculose.

Beaucoup ont cherché et cherchent encore à utiliser l'énergie effroyable de cette substance soit en affaiblissant la dose par des dilutions successives, soit en changeant la voie d'introduction du médicament, soit, à l'imitation de Klebs, en isolant la partie pyrétogène, soit en employant la tuberculine aviaire.

Jusqu'ici on ne peut pas dire qu'une solution indiscutable ait été trouvée à ce problème.

Je sais bien que quelques bactériologistes ont prétendu être arrivés à guérir la tuberculose chez le cobaye et le lapin à la condition d'administrer la lymphe d'une certaine manière ; loin de la prescrire comme préventive, on attend que la tuberculose inoculée se soit installée dans l'économie et alors, en rapprochant et en élevant les doses, on serait arrivé à guérir la tuberculose dans la rate et dans le foie (expériences de Phuhl).

Malheureusement ces résultats n'ont été obtenus que dans le laboratoire de Koch ; malheureusement encore ces cobayes, qui ne présentaient plus dans le foie et dans la rate que les cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses, avaient les poumons farcis de tubercules en pleine évolution !

Nous avons essayé successivement la tuberculine de Koch et la tuberculine aviaire en injection sous-cutanée. Nous y avons renoncé parceque, à très petites doses, nous n'obtenions rien et qu'à doses plus fortes nous redoutions les aggravations que nous ne nous croyions pas autorisé à provoquer. Nous avons donné et nous donnons encore ces médicaments par la voie stomacale. Nous n'avons jamais eu d'accidents. Quant aux améliorations qui ont accompagné ce mode de traitement, nous faisons sur elles une réserve expresse.

Nous étudions maintenant la tuberculine non pyrétogène de Klebs. Nous pouvons déjà dire que cette méthode est absolument inoffensive. Quant à son action sur la guérison de la tuberculose, nous ne pouvons pas encore nous prononcer, c'est là un de ces problèmes thérapeutiques qu'il est imprudent, Koch l'a bien prouvé, de résoudre à la légère.

D[r] P. JOUSSET.

CLINIQUE

LE TIC DOULOUREUX ET LA MIGRAINE.

TRAITEMENTS ALLOPATHIQUE ET HOMŒOPATHIQUE.

M. le Dr Gilles de la Tourette vient de faire à l'hôpital Cochin une leçon sur le traitement *du tic douloureux* et de la *migraine* (voir *Semaine médicale*, 21 juin 1896), et de cette leçon il résulte qu'il n'y a qu'un traitement du tic douloureux, celui de Trousseau, l'*opium à doses progressives* ; et qu'un traitement de la migraine grave, celui de Charcot, le *bromure de potassium* administré comme dans l'épilepsie. La thérapeutique homœopathique possède d'autres moyens moins pénibles et plus efficaces que les brutalités de l'opium et du bromure de potassium et, dans ces deux maladies rebelles entre toutes, elle possède quelques succès qu'il importe de rappeler.

I. *Du tic douloureux.* — Le Dr Gilles de la Tourette a tracé très justement les caractères vrais du tic douloureux. Cette maladie est toujours caractérisée par des accès de douleur excessive survenant brusquement, durant de quelques secondes à une minute, et disparaissant complètement avec la même rapidité qu'elles s'étaient montrées. Ce sont les vraies douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

Cet auteur distingue avec raison du tic douloureux les névralgies hystériques caractérisées par des élancements aussi violents que ceux du tic douloureux, mais ne disparaissant pas complètement et liées d'ailleurs à des symptômes et à des convulsions hystériques faciles à

reconnaître. Ces névralgies hystériques guérissent par la *suggestion.*

L'auteur rappelle encore le vrai tic douloureux dû à des tumeurs, à des plaques méningitiques de nature syphilitique et qui sont justifiables du mercure et de l'iodure de potassium.

En dehors de ces deux catégories de cas, reste le véritable tic douloureux considéré justement comme la maladie la plus cruelle et une des plus incurables qui existent. Or, contre cet état, M. Gilles de la Tourette n'a qu'un moyen, l'opium à doses croissantes.

Voici sa formule. Il fait faire des pilules de 2 centigrammes d'extrait thébaïque. Le premier jour on administre 3 de ces pilules, et on augmente de 1 pilule tous les deux jours. Il arrive ainsi jusqu'à 10 et 12 pilules par jour, c'est-à-dire 24 centigrammes d'opium. Puis les douleurs ayant disparu il continue la même dose pendant cinq jours et la diminue ensuite progressivement.

Avec ces doses qu'on peut encore dépasser, on guérit *quelquefois* l'accès et dans les cas heureux l'action restera purement palliative, les douleurs reviendront et Trousseau,qui poussait les doses beaucoup plus loin,avoue qu'il n'a jamais vu guérir de tic douloureux.

Voilà le bilan de la thérapeutique allopathique tel que l'enseigne l'un de ses représentants les plus distingués.

La seule réflexion que nous nous permettions, c'est de dire qu'il n'y a pas de quoi être fier d'une semblable thérapeutique.

Dans notre école nous n'ignorons pas toutes les difficultés que présente le traitement du tic douloureux et il n'en est pas un d'entre nous qui n'ait rencontré des cas absolument rebelles. Ceci dit, nous devons ajouter que les

Annales de l'homœopathie renferment un grand nombre d'observations de guérisons du tic douloureux.

Nous citerons tout d'abord 3 observations de tic douloureux de la face, absolument classique, guéris par l'alternance *coccus cacti* 3e et *thuya* 3e, l'un le matin, l'autre le soir. Ces médicaments sont administrés pendant six jours. Repos trois jours et recommencer.

Nous avons employé cette alternance de médicaments dans un bien plus grand nombre de cas, mais, ou bien la médication a échoué, ou bien nous avons perdu les malades de vue, ou encore nous n'avons pas pris note de l'observation. Par conséquent, nous ne pouvons tirer aucune conclusion ferme des autres cas. Le coccus cacti est la cochenille, le thuya est le thuya occidentalis de Linné.

Le Dr Escalier a cité dans l'*Art médical* des observations de névralgie faciale ayant résisté à la névrotomie et guérie par le thuya.

Le *phosphore* administré à la 12e, puis à la 6e dilution, m'a donné un succès dans un cas récent. La caractéristique de ce médicament est l'augmentation de la douleur par le moindre mouvement. Les douleurs s'accompagnent de convulsions dans les muscles de la zone douloureuse. Le malade qui fait le sujet de mon observation redoutait tellement les mouvements nécessaires pour la préhension des aliments qu'il était en danger de mourir de faim.

Le Dr Parenteau, à la séance du 13 mai 1896 de la Société homœopathique, a rapporté l'observation d'un malade très amélioré par le phosphore.

Le Dr Kung cite des cas où le diagnostic de tic douloureux n'était pas douteux et qui ont guéri par l'*arsenic* à haute dilution.

Belladone a souvent donné des améliorations, mais jamais de guérisons véritables.

Le Dr Chancerel fils a rapporté, dans la séance du 13 mai de cette année à la Société d'homœopathie, une observation de tic douloureux chez une femme âgée de 50 ans. La douleur rendait la mastication impossible ; on devait recourir au biberon pour alimenter la malade ; la ménopause existait depuis un an.

Spigelia 12e ; 2 gouttes dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures en éloignant les doses après amélioration. Un grand soulagement suivit l'administration de ce médicament. Huit jours après, les douleurs étant revenues, belladone 12e amena un soulagement de quelques jours, mais *aurum* 12e produisit le plus grand bien, les douleurs disparurent complètement et n'avaient pas paru quatre mois après. A une autre séance de la Société d'homœopathie, le Dr Tessier a rapporté un cas de guérison par le *sulfate d'atropine*, le Dr Marc Jousset un cas de guérison par l'alternance du *sulfate d'atropine* et du *sulfate de strychnine* à la 2e trituration.

Nous n'avons pas l'intention de rapporter dans cet article tous les faits de guérison de tic douloureux contenus dans nos journaux. Nous nous contenterons de ces quelques observations qui démontrent la possibilité de guérir le tic douloureux de la face par d'autres médications que l'opium à haute dose, médication qui, de l'aveu même de ses partisans, n'est qu'une médication palliative et n'a jamais guéri un cas de tic douloureux.

II. *Traitement de la migraine.* — Le Dr Gilles de la Tourette n'ayant à nous proposer pour la guérison de la migraine que des doses énormes et longtemps prolongées

de bromure de potassium, ou plutôt, comme il le dit, des trois bromures, ajoute avec un bon sens clinique que nous aimons à reconnaître, que le traitement par le bromure à haute dose n'est applicable qu'aux formes graves de migraine. On doit bien se garder de l'appliquer aux cas de migraine simple dont les accès sont très espacés; il vaut mieux en effet se mettre au lit quelques heures chaque mois que de s'exposer aux phénomènes toxiques produits par les hautes doses de bromure : ... « dépression cérébrale, troubles gastro-intestinaux, éruptions cutanées fort désagréables. »

C'est surtout à la migraine dite ophtalmique accompagnée de scotome scintillant, d'aphasie transitoire, d'hémiplégie ou de convulsions transitoires aussi, que M. Gilles de la Tourette applique son traitement par les bromures. Or, nous avons toujours guéri facilement ce genre de migraine soit par *belladone*, soit par *iris versicolor* donnés aux plus hautes dilutions (12e et 30e).

Quant à la migraine ordinaire que M. Gilles de la Tourette renonce à traiter et qu'il abandonne à l'antipyrine et aux autres médicaments analogues, nous la guérissons, mais pas aussi souvent que la migraine ophtalmique. La *noix vomique*, le *sanguinaria canadensis*, le *carbonate de chaux*, la *belladone*, le *veratrum*, l'*étain* et le *zinc* sont nos principaux médicaments.

Dans ces cas nous prescrivons habituellement les dilutions élevées (12e et 30e) ; une dose matin et soir pendant quatre jours; repos trois jours et recommencer jusqu'à ce que les accès s'éloignent, diminuent et disparaissent.

La conclusion naturelle à tirer de ce qui précède, c'est d'une part la supériorité incontestable de la réforme thérapeutique hahnemannienne; c'est, de l'autre, la néces-

sité pour tout médecin, fût-il même professeur, d'étudier avec sévérité mais avec justice les travaux qui se font en dehors de l'école officielle.

Ceux qui aiment à être appelés *Maîtres* et qui se croient tels suivront-ils ce conseil ? Nous ne le croyons pas..... Mais nous espérons que ces lignes seront lues par les hommes de bonne volonté qui sont encore nombreux dans notre profession et qu'elles profiteront, à eux... et à leurs malades.

Dr P. Jousset.

TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE (1).

Dans un article publié dans l'*Art médical* et reproduit dans la *Revue* de la Société, mon père donnait les indications de trois médicaments qu'il conseille dans le traitement de l'hydarthrose.

Cantharis, médicament des hydropisies aiguës; convenant au début de la maladie surtout s'il y a de la douleur dans la jointure; comme dose, de la 3e dilution à la T. M.

Apis mellif., médicament des hydropisies, indiqué quand la jointure est très distendue; les trois premières triturations.

Iodium, lorsque l'hydarthrose est passée à l'état chronique; de la 6e dilution à la T. M.

Il m'a été donné, depuis le 1er janvier, de soigner 3 cas d'hydarthrose et j'ai pensé qu'il y aurait un certain intérêt à les reproduire en détail, car l'hydar-

(1) Communication faite à la Société française d'homœopathie, le 10 juin 1896.

throse est une affection considérée par un grand nombre de médecins comme chirurgicale et je suis heureux de démontrer que les médicaments internes, administrés suivant la loi des semblables, peuvent produire la guérison même dans les cas déjà anciens. Je joindrai aux trois observations que je viens de signaler, une quatrième dont je ne possède que le résumé.

Observation I.—M. le comte de N..., vieillard de 80 ans, très vigoureux et très vert, fait une chute rue du Bac, son genou porte sur l'angle du trottoir ; il me fait appeler le lendemain ; je le trouve étendu sur son lit avec un genou très gonflé et encore assez douloureux ; la rotule était soulevée et la fluctuation de l'articulation très marquée.

Les médicaments qui amenèrent la guérison furent *Apis mell.* 1/10 et *Iodium* 1re alternés ; la guérison fut assez rapide, quinze à vingt jours, et je me souviens toujours de la fierté de mon vieux malade, très ami de l'homœopathie, me racontant que pendant que le simple repos et les médicaments homœopathiques l'avaient si rapidement débarrassé de son mal à son âge, le fils d'un de ses anciens camarades souffrait depuis plusieurs mois d'une hydarthrose que les vésicatoires, les pointes de feu et les appareils inamovibles ne parvenaient pas à guérir.

Observation II. — Paul B..., 18 mois, souffre de son genou gauche depuis une dizaine de jours lorsqu'on me l'amène ; le genou est gonflé, douloureux, l'enfant crie dès qu'on le touche et qu'on veut le poser par terre.

8 janvier 1896. — *China* (T. M.).

15 janvier. — Les douleurs ont presque complètement disparu, on peut facilement examiner la jointure qui est volumineuse et distendue par le liquide. *Apis* (1/10).

31 janvier. — Le genou a diminué de volume mais il ne peut encore bien s'en servir. *Même traitement.*

5 février. — On me ramène l'enfant, le genou est revenu à l'état normal. La guérison s'est maintenue depuis.

Observation III. — Jean M,.., 9 ans, est un petit enfant d'une apparence assez faible, hémophile, ayant eu des saignements de nez très abondants, des hémorrhagies buccales à la suite de la chute des dents de lait. Il est atteint d'hydarthrose du genou droit depuis la fin de juin 1895 ; immobilité, vésicatoires, pointes de feu, massages, tous les moyens employés jusqu'ici n'ont pas amené la guérison ; il y a eu des périodes d'amélioration assez considérables pour qu'on ait pu penser à la forme périodique de l'hydarthrose et le sulfate de quinine a été employé à doses assez fortes sans résultats appréciables.

Un de nos anciens collègues, chirurgien à Paris, cousin de l'enfant, conseilla d'essayer de l'homœopathie et on me le fit voir le 11 mars dernier. Au moment où je l'examinai, l'épanchement n'était pas très considérable, le genou était cependant fluctuant, le liquide était surtout collecté à la partie supérieure de la jointure sous les insertions du triceps à la rotule. Les muscles de la cuisse sont très atrophiés. L'enfant est extrêmement remuant, très vif ; il est conduit tous les jours aux Tuileries en voiture, mais dans le jardin, il marche et court même pendant trois ou quatre heures.

Je lui donne *Iodium* (1re) et *Apis mell.* (1/10) un jour l'un, un jour l'autre.

Le 31 mars, j'apprends que dans les jours qui ont suivi le commencement du traitement il y a eu un mieux

très apparent, le genou avait beaucoup diminué et quelques jours auparavant il était presque semblable à l'autre, lorsque, le 29, il a fait une chute sur son genou. Etant donnée la constitution hémophile de l'enfant, j'ai pensé que l'épanchement intra-articulaire pouvait être sanguinolent et j'ai alterné *Apis mell.* (T. M.) et *Hamamelis* (T. M.) un jour l'un, un jour l'autre.

L'enfant partait à la campagne passer les vacances de Pâques, je recommandai un grand repos, difficile à obtenir de l'enfant qui est très vif et de la mère qui craint que l'immobilité n'affaiblisse l'enfant.

Le 17 avril, je trouve l'enfant le genou encore gonflé mais beaucoup mieux qu'à ma visite précédente ; il a les yeux brillants, de la fièvre, il éternue et tousse depuis la veille; comme la sœur a une rougeole, il est probable qu'il en commence une aussi; je conseille de suspendre quelques jours pour reprendre après la fin de l'éruption lorsque l'enfant sera en convalescence.

Le 25 avril, la rougeole ayant amené un repos forcé à la chambre, nous avons pu obtenir une immobilité relative et je trouve l'enfant dans un état très satisfaisant. Continuation du traitement.

Le 5 mai, l'enfant s'est remis à marcher depuis plusieurs jours. Le gonflement a reparu. *Cantharis* (1/10). Je recommande le repos le plus possible.

Le 12 mai, amélioration assez sensible, l'enfant repart à la campagne pour jusqu'à la fin du mois. *Cantharis* (1/10).

Le 10 juin, je vois l'enfant qui revient de la campagne en parfait état; le genou a un demi-centimètre de plus que l'autre, les muscles sont encore très atrophiés. Je conseille de continuer *Cantharis* (1/10) et *Apis* (T. M.) un

jour l'un, un jour l'autre, pendant dix jours, repos cinq jours et recommencer.

J'espère que c'est la guérison définitive parce qu'il y a plus de trois semaines qu'il n'y a pas eu de gonflement et qu'on n'a jamais eu auparavant une aussi longue période de bien; mais les rechutes antérieures peuvent faire craindre le retour de l'hydarthrose.

Observation IV. — Le même chirurgien m'envoie, le 5 mai, Mlle d'A..., âgée de 20 ans, ayant une hydarthrose du genou gauche avec atrophie considérable de la cuisse. Le traitement prescrit dans un autre hôpital avait été un appareil plâtré et les pointes de feu. Mon ancien collègue pense à faire une ponction de la jointure, mais il veut d'abord que j'essaye de guérir la malade par un médicament. L'hydarthrose est déjà ancienne, elle a débuté le 19 février, après une longue marche la veille.

Le genou est très volumineux, la rotule est soulevée par le liquide. *Apis m.* (T. M.) et *Iodium* (1re) alternés.

Le 19 mai, la malade s'est trouvée beaucoup mieux. Le genou est beaucoup moins gonflé que le 5; cependant la mère de la malade prétend que l'amélioration était plus marquée deux ou trois jours auparavant. *Canth.* (1/10) et *Apis mell.* (T. M.) alternés.

Le 2 juin, la malade paraît guérie, l'articulation ne présente plus de gonflement, mais l'atrophie musculaire persiste, même traitement.

Le 6 juin, la malade a été revoir le chirurgien, qui la trouve complètement guérie, l'engage à se remettre à marcher et à partir se reposer à la campagne.

En somme, les deux médicaments qui paraissent avoir le plus souvent agi dans mes observations sont *Apis* et *Cantharis*.

Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

VÉSICATOIRE ET CANTHARIDE

M. Mivielle dans une thèse soutenue récemment fait la critique du vésicatoire, ce moyen thérapeutique très employé en médecine.

D'après le Dr Besson, 70 p. 100 des malades se présentant aux consultations hospitalières se sont servis du vésicatoire cantharidé.

Sans donner la formule de cette préparation fort connue, disons de suite que son seul principe actif, pouvant amener la révulsion, est la cantharide, dont l'alcaloïde, la cantharidine, est un poison très violent, excessivement âcre, insoluble dans l'eau, soluble dans les huiles et l'éther, et très révulsif. Le vésicatoire à la cantharide produit des effets locaux : rougeur, picotement, cuisson, phlyctène, exsudat fibrineux ; et généraux : léger malaise après son application, puis prostration, vertiges, céphalée, délire, en somme des symptômes assez nets d'intoxication.

Ce médicament, dit M. Mivielle, constitue par sa composition intime une source perpétuelle de dangers. La cantharidine est un toxique très énergique et il est nécessaire d'en employer une quantité relativement forte pour produire un effet franchement révulsif, puisqu'un emplâtre contient, d'après le Dr Cassaët, 400 fois plus de principe actif que VI gouttes de teinture.

Et l'auteur cite (observation I) le cas d'un homme de 34 ans, atteint d'une pneumonie dans la partie moyenne

du poumon droit. Auscultation : Râles crépitants nombreux. Température du matin, 39°5.

On prescrit un large vésicatoire cantharidé.

Soir température 40°. Urines rares, épaissies, albumineuses ; prostration complète.

Mort le lendemain soir.

Le Dr Comby, dans le *Progrès médical* de 1887, s'exprime ainsi : « Le vésicatoire est un agent qu'il faut manier en médecine infantile avec beaucoup de circonspection. »

Archambault affirme « qu'il n'est pas sûr de lui avoir jamais vu faire du bien, tandis qu'il est convaincu qu'il a souvent fait beaucoup de mal ».

Il bannit absolument le vésicatoire des hôpitaux d'enfants.

La plaie produite par le vésicatoire peut être une porte d'entrée pour les infections nombreuses qui affligent l'enfance.

Donc, le proscrire dans la diphtérie, la rougeole, les laryngites même les plus simples, etc.

« A côté des enfants se place une catégorie de malades vis-à-vis desquels la plus parfaite horreur du vésicatoire devrait être enseignée. Ce sont les vieillards. Chez eux, il est absolument incontestable qu'une médication violente est contre-indiquée. »

Comme exemple, M. Mivielle invoque le cas de Peter. Ayant à soigner un vieillard qu'il traitait depuis fort longtemps pour une affection pulmonaire, il prescrit un large vésicatoire. Des symptômes très alarmants ne tardent pas à se manifester et le malade succombe avec une rapidité effrayante. Depuis lors, M. Peter eut du vésicatoire une crainte salutaire.

A considérer les organes en particulier, le vésicatoire

cantharidé produit sur quelques-uns des désordres très étendus.

Il a un retentissement sur le rein et la vessie. Les néphrites et les cystites ne sont pas rares à la suite de son application.

« Autrefois, en Grèce et dans les pays latins, au temps de la décadence où, en raison de son effet aphrodisiaque on usait si fréquemment de la teinture de cantharide à l'intérieur, la quantité de lésions graves et même mortelles survenues dans le rein est incalculable. »

Observation IV

Deux vésicatoires sont posés à un homme de 60 ans ayant un point de côté. A partir de ce moment les urines deviennent fortement albumineuses.

Observation VI.

Je fus appelé en désespoir de cause, le 26 octobre 1893, auprès d'une enfant de 8 ans, Mlle L..., abandonnée par le médecin traitant et un médecin appelé en consultation qui, jugeant son état désespéré, avait pronostiqué une issue fatale quelques heures plus tard.

D'après les commémoratifs je crus pouvoir rétablir le diagnostic : la petite malade avait une bronchite aiguë dont le début remontait à douze jours environ. Cette affection avait été soignée par l'application de sept ou huit vésicatoires et par une médication interne.

En arrivant, je trouvai cette enfant assise sur le bord de son lit, pouvant à peine respirer, les jambes, l'abdomen, les mains, la face très tuméfiés. A l'auscultation, j'entendis de gros râles de congestion pulmonaire répandus dans toute la région thoracique.

Très peu partisan des vésicatoires, connaissant leurs

méfaits et ayant devant mes yeux le spectacle de cette poitrine décharnée, je me demandai immédiatement si la cause de cet œdème généralisé n'était pas le fait d'une néphrite, et si cette néphrite n'était pas consécutive à l'application immodérée des huit vésicatoires.

Après un examen plus approfondi, je me rattachai à cette idée, et j'appris que l'enfant n'avait pas uriné depuis la veille au soir (il était onze heures de la nuit) et que les jours précédents elle avait également fort peu uriné.

Mon traitement était tout indiqué : ventouses sèches répétées, principalement au niveau des reins, potion diurétique, régime lacté absolu.

27 octobre. — L'enfant à un peu uriné cette nuit. L'examen de cette urine a décelé une quantité considérable d'albumine. Maintenue au régime lacté pendant deux mois, les lésions du côté du rein ont disparu, et à l'heure actuelle l'enfant se porte fort bien.

Dans une autre partie de sa thèse, M. Mivielle rapporte les expériences intéressantes du Dr Galippe, au laboratoire d'histologie de Paris en 1876. Je ne puis mieux faire que de le transcrire en entier.

Observation VII.

Sur la poitrine rasée d'une forte chienne, on place un vésicatoire de 0,25 × 0,25 maintenu par des moyens appropriés au même endroit plus de quarante heures.

Or, vingt-quatre heures environ après l'application de ce vésicatoire, on observe une dilatation très nette des deux pupilles.

Pendant les deux jours qui suivent, l'animal recherche les endroits obscurs et reste presque constamment couché ;

ce qui domine chez lui comme trait caractéristique c'est une tendance très marquée au sommeil et à l'immobilité.

Enfin le chien est tué et l'on remarque à l'autopsie que les poumons présentent une congestion généralisée et quelques ecchymoses sous-pleurales. Dans les reins congestion au premier degré de la substance corticale ; injection et arborisation des calices et des bassinets. Injection assez vive de la muqueuse vésicale. Foie rouge et congestionné.

Observation VIII.

A un chien terrier vigoureux, après avoir rasé soigneusement le poil, on applique un vésicatoire de $0,25 \times 0,25$.

A l'autopsie on trouve toujours de la dilatation pupillaire.

Le foie est fortement congestionné et semé de noyaux apoplectiques surtout du côté des bords tranchants de ses lobes. La rate est également congestionnée et son tissu très friable.

Du côté des poumons se voient des ecchymoses sous-pleurales plus ou moins profondes. Le tissu pulmonaire lui-même est généralement congestionné ; mais, de plus, il présente un assez grand nombre de points ou de noyaux apoplectiques indurés et offrant les caractères d'infarctus à la première période. Il y a en même temps de l'emphysème. Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter que le feuillet pariétal de la plèvre du côté droit, côté où le vésicatoire à été appliqué, est manifestement injecté comparativement au côté similaire gauche.

Dans les reins, on constate un certain nombre d'ecchymoses ponctuées ; sous la capsule, une infiltration sanguine intense de la substance corticale et une dégénéres-

cence granulo-graisseuse des tubuli plus avancée qu'elle ne l'est dans les cas où les chiens n'ont pas été expérimentés.

La muqueuse vésicale présente une injection assez vive avec arborisation très apparente au voisinage du col.

Observation IX.

A une chienne de petite taille et de constitution frêle, après avoir rasé les deux parois de la poitrine, on applique deux grands vésicatoires. Une dilatation considérable des pupilles ne tarde pas à apparaître.

A l'autopsie et sitôt l'ouverture du thorax pratiquée, on remarque un certain nombre d'ecchymoses sous-pleurales de dimensions diverses. Quelques-unes sont très étendues et offrent l'aspect de taches hémorrhagiques de plusieurs centimètres.

Le tissu pulmonaire est le siège d'une congestion généralisée avec des points d'infiltration séro-sanguine et des modules emphysémateux.

Le cœur est rempli de sang liquide, mais en examinant attentivement la surface de l'endocarde on aperçoit dans le ventricule droit de larges taches hémorrhagiques, l'une à côté de la zone auriculo-ventriculaire, l'autre dans la région d'insertion des piliers musculaires.

Le foie est le siège d'une congestion intense.

Les reins offrent également une congestion très accentuée dans leur substance corticale.

La muqueuse vésicale est assez vivement injectée vers le bas-fond et le col.

Après avoir remarqué que les premiers tributaires du vésicatoire sont la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, M. Mivielle conclut des expériences précédentes que juste-

ment on a tort d'employer le vésicatoire cantharidé dans ces affections.

« Il s'agit, dit-il, de décongestionner un organe, de faire résorber un épanchement, et pour y parvenir on a recours à un médicament qui doit être considéré comme congestif, et capable de produire un épanchement lui-même. »

Une chose ennuie l'auteur, les nombreux cas de pleurésie traités par le vésicatoire et guéris par ce moyen.

Il se demande « si l'on ne serait pas en droit d'appliquer à ces cas le fameux dicton : *Post hoc, ergo propter hoc.* » Mais plus loin il ajoute résolument : « On peut supposer qu'il n'a été pour rien dans ces guérisons, et que les remèdes absorbés pendant l'application ont seuls agi. »

Pour nous, homœopathes, ayant reconnu cliniquement depuis longtemps la justesse et l'efficacité du principe *similia similibus curantur*, nous comprenons fort bien qu'en vertu de ce principe, la cantharide puisse guérir la pleurésie, la péricardite, la néphrite, la cystite.

Nous rejetons ordinairement le vésicatoire parce que la dose employée est trop forte et produit une aggravation médicamenteuse.

Mais nous avons eu de très beaux et de très nombreux succès avec l'administration par voie stomacale, de quelques gouttes par jour de T. M. de cantharide et même avec les premières dilutions.

Et qu'on n'invoque pas une relation purement de hasard.

La digitale dans les empoisonnements produit entre autres symptômes l'asystolie et l'anurie.

Quand, chez un malade ayant un cœur qui faiblit, avec des faux pas, n'urinant que peu, nous donnons ce médi-

cament, très souvent nous avons des résultats magnifiques.

Mais nous prenons garde de ne pas outrepasser la dose, sans quoi, au lieu de réussir, ce serait un échec.

De même pour la cantharide : là où une petite dose atteint le but, le vésicatoire ne fait rien ou, ce qui est pire, aggrave.

Encore quelques exemples :

L'ipéca donne des nausées, des vomissements chez l'homme en santé ; il les arrête chez l'homme malade.

Le veratrum guérit la diarrhée qu'il amène à l'état sain.

Le tabac occasionne des vertiges, des nausées très marquées. Il nous sert à guérir le mal de mer.

La nicotine présente dans ses symptômes un tableau pathologique ressemblant complètement au tétanos. On a des cas très authentiques de guérison du tétanos par le tabac et la nicotine.

Nous pourrions ainsi passer en revue toute la matière médicale homœopathique.

Bornons-nous à cela, et de tous ces faits concluons que la cantharide, comme d'ailleurs tous nos médicaments, donne de bons résultats parce qu'elle agit comme tous les autres, en vertu de la loi de similitude.

Dr Hébert.

Corps thyroïde et appareil génital de la femme

Nous avons déjà donné dans l'*Art médical* les résultats avantageux obtenus par le Dr Jouin. Dans une communication au congrès de Carthage, M. Jouin revient sur ce sujet.

Douze malades atteintes de fibromes avec hémorrhagies ont été soumises au traitement thyroïdien et chez toutes

on a observé une réduction du volume de la tumeur, et la diminution, quelquefois la disparition des hémorrhagies.

Nous trouvons dans le compte rendu de l'Académie de médecine de Belgique (1) un rapport de M. Bouqué sur un travail de M. Hertoghe (d'Anvers) : *De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et les glandes mammaires de la femme*; *applications à la thérapeutique gynécologique*.

Nous croyons devoir reproduire ce rapport :

Le travail de M. Hertoghe (d'Anvers) relatif à cette question et dont j'ai été chargé de faire le rapport, nous montre toutes les affinités qui existent entre la glande thyroïde et les organes sexuels de la femme.

Le fait était d'ailleurs soupçonné depuis longtemps. L'auteur reprend ce sujet et s'efforce d'établir, d'une manière précise, l'influence physiologique de cette glande sur les organes génitaux pelviens et sur les glandes mammaires.

Il décrit d'abord ce que devient l'appareil sexuel chez la femme privée de corps thyroïde. Chez toutes les femmes atteintes de myxœdème, sans exception, la menstruation est profuse et arrive, dans les cas avancés, à ne plus être qu'une hémorrhagie continue.

M. Hertoghe étudie ensuite l'action de la thyroïdine chez la femme saine et chez la femme qui allaite, puis il démontre que l'hypertrophie de la glande thyroïde pendant la gestation s'accompagne d'une activité sécrétoire plus considérable de cet organe.

De cette étude découlent les conclusions suivantes : Le suc thyroïdien possède une action inhibitoire, anémiante

---

(1) Séance du 30 mai (compte rendu de la *Semaine médicale*).

ou vaso-constrictive sur les organes génitaux pelviens, et cette influence se traduit par la diminution progressive du sang épanché à chaque menstruation. Les périodes s'installent tardivement et finissent par disparaître si l'on pousse trop loin les doses de thyroïdine. D'autre part, le suc thyroïdien exalte les fonctions mammaires : l'action favorable de la thyroïdine chez les nourrices qui voient diminuer leur lait et revenir leurs règles démontre l'une et l'autre propositions.

Des expériences positives sur les animaux prouvent que, sous l'influence du suc thyroïdien, la sécrétion lactée augmente dans la proportion de 11.5 à 15.5, sans préjudice de la richesse globulaire du lait.

Le fait, établi par M. Hertoghe, que chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite le sang est surchargé de thyroïdine, justifie quelques phénomènes physiologiques que l'on n'a pas pu expliquer jusqu'ici : amaigrissement, aspect tiré de la face, altérations du caractère et de l'humeur, vomissements opiniâtres survenant dès les premiers jours, dès les premières heures de la gestation.

Quant à la poussée brusque du lait qui s'effectue vers le troisième jour et s'accompagne d'une élévation de température et de malaises variés, elle serait due à l'augmentation subite de la thyroïdine dans le sang de la mère, augmentation résultant de l'expulsion presque instantanée du fœtus, de ses annexes, etc.

Les expériences d'hyperthyroïdisation instituées par l'auteur sur des animaux provenant de laiteries ont prouvé que l'action galactophore du suc thyroïdien ne se déclare qu'au bout de trois ou quatre jours.

L'involution post-puerpérale de l'utérus est plus rapide

chez la femme qui allaite que chez celle qui ne nourrit pas. Ne sait-on pas que la thyroïdine possède sur les graisses de néo-formation une action oxydante des plus énergiques? Dès lors il ne faut pas s'étonner de voir les fibres musculaires de l'utérus atteintes de dégénérescence graisseuse subir une résorption plus rapide que lorsque le sang est pauvre en thyroïdine.

En résumé, d'après l'auteur, *plus le sang est riche en thyroïdine, plus l'activité utéro-ovarienne est réduite et plus la puissance mammaire est exaltée.*

Les applications du suc thyroïdien à la thérapeutique gynécologique sont faciles à déduire de ces diverses considérations. M. Hertoghe déclare avoir obtenu, par le traitement thyroïdien, des succès brillants dans diverses affections utérines contre lesquelles on a l'habitude de recourir à l'intervention chirurgicale.

Voici les principales applications de cette méthode thérapeutique ;

1° Les hémorrhagies myxœdémateuses relèvent directement de cette médication ;

2° Il en est de même des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause des endométrites et des ovarites même anciennes ;

3° Toutes les ménorrhagies, quelles qu'elles soient, sont heureusement influencées par la thyroïdine. *Les hémorrhagies cancéreuses* — fait qui paraîtra incroyable — *se tarissent rapidement sous l'influence de quelques jours (trois ou quatre) de thyroïdisation.* Les symptômes, douleur, gonflement et congestion, diminuent également d'une manière très appréciable ;

4° Chez les femmes qui avortent facilement et dont la menstruation trop abondante entraîne chroniquement le

germe fécondé, le suc thyroïdien diminue le molimen et la congestion utérine. Dans un cas rapporté en détail par l'auteur, une femme stérile depuis sept années a pu concevoir et mener sa grossesse à terme grâce à l'action inhibitoire de la thyroïdine ;

5° La thyroïdine est utile dans les cas de myome utérin, de descente de la matrice, de rétroflexion avec hémorrhagie, et en général dans tous les cas où il y a intérêt à réduire le volume, la congestion et la sensibilité de l'utérus ;

6° Enfin, en raison de l'action spéciale exercée par la thyroïdine sur les glandes mammaires, il y a lieu d'administrer ce produit aux nourrices dont la lactation périclite.

Nous concluons de ces recherches que dans le traitement des métrorrhagies et des corps fibreux c'est l'action physiologique de la thyroïdine que l'on doit produire pour avoir une action favorable ; il est donc nécessaire d'employer des doses fortes et même des doses très fortes.

D[r] Marc Jousset.

HYGIÈNE

LA QUESTION DE L'ALCOOL

Sous ce titre, M. Duclaux publie dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (juin 1896), une analyse des différents travaux publiés sur l'alcool dans ces derniers temps. Nous devons retenir les conclusions de ce travail.

Il s'est établi un courant d'opinion qui enseigne que les alcools sont surtout nuisibles par les principes étran-

gers qu'une distillation grossière et incomplète laisse mélangés à l'alcool pur.

Le *purpurol, l'aldéhyde éthylique, l'alcool amylique* et *isobutylique* sont les principaux principes toxiques contenus dans les alcools.

De ces notions, on est parti en guerre pour avoir de l'alcool absolument purifié et on en est arrivé à fabriquer un liquide à la fois plat et brûlant que personne ne consent à boire ; comme l'a surabondamment démontré l'expérience tentée en Suisse il y a quelques dix ans, expérience à laquelle on a été obligé de renoncer, il est donc nécessaire pour qu'elles soient appréciées et recherchées que les liqueurs alcooliques contiennent quelques-uns de ces corps étrangers, quelques-uns de ces *poisons* qui donne à chaque alcool : rhum, kirsch, cognac, eau-de-vie de cidre, son parfum et son goût particulier. Seulement, il est nécessaire que ces poisons ne se trouvent dans l'alcool qu'en quantité restreinte,

Ces mêmes produits toxiques se retrouvent dans les eaux de-vie et les rhums les plus naturels; ils augmentent à mesure que la liqueur vieillit, en sorte que les années les rendent plus *impures* pour le chimiste, en même temps qu'elles les *bonifient* pour les consommateurs.

Les vins les plus purs et les plus vrais contiennent aussi des poisons, et, au même degré de concentration, ils tuent les animaux en expérience plus sûrement et plus promptement que l'alcool pur, comme l'ont démontré les expériences de Daremberg, en apparence si paradoxales.

M. Duclaux conclut que les seules boissons hygiéniques sont celles dont on n'abuse pas.

D[r] P. JOUSSET.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. Sérum antivenimeux du Dr Calmette. — II. Sérum antivenimeux du Dr Fraser.

I

M. le Dr Calmette a trouvé un sérum antivenimeux qu'il a conseillé contre les morsures de serpents et dont il a publié la préparation.

Nous empruntons à la *Semaine médicale* les résultats suivants qui ont été obtenus par son emploi.

Ce sérum a été expérimenté par M. Hankin (d'Agra) et par M. Lépinay (de Saïgon). Les Indiens des environs d'Agra ont coutume de s'empoisonner réciproquement leurs bestiaux, dans un but de vengeance, en leur glissant dans le rectum un chiffon sali par une substance échappant à toute analyse. Or, M. Hankin s'est assuré que ce linge était souillé par du venin de serpent. En effet, une macération de ce chiffon dans de l'eau, mélangée à du sérum antivenimeux et injectée à un lapin, resta inactive, tandis que la même macération, non mélangée au sérum, tua un autre lapin en moins d'une heure.

Un autre exemple que je puis citer de l'utilité de ce sérum est celui d'un Annamite mordu par un *naja*, et qui reçut 12 centimètres cubes de sérum antivenimeux une heure après l'infection, alors que le membre était déjà fortement tuméfié : le malade revint à la santé au bout de quelques heures. Par contre, une femme indigène, mordue également par un *naja*, mourut deux heures après sans avoir pu recevoir aucun secours.

II

M. le Dr Martiny publie, dans la *Revue homœopathique belge* de mai dernier, la traduction d'une article de l'*Allgemeine homöopathische zeitung* reproduisant une découverte analogue du professeur Fraser, que nous croyons devoir rapprocher de la communication précédente.

Le professeur R. Fraser a fait, il a quelque temps, à la *Société royale* d'Edimbourg, une communication à propos d'une découverte importante à laquelle il était arrivé par le fait du hâsard ; il avait observé que les morsures de serpents ne produisaient par leur venin aucune suite chez des individus déjà mordus par les mêmes ou d'autres espèces. Partant de là, Fraser résolut d'expérimenter le degré de résistance de l'organisme aux venins des serpents ; depuis 1889, il a réuni un grand nombre de cas. Les principales observations se rapportent au *cobra* de l'Inde, encore appelé *naja tridudians* ou serpent à lunettes, relativement à des Indiens qui exercent le dangereux métier d'enlever le poison aux serpents vivants (on expédie ensuite celui-ci en Angleterre en morceaux bruns séchés). Fraser cite aussi des observations avec le *crotalus hispidus* ou serpent à sonnettes d'Amérique et le *sepedon haemachates* d'Afrique. Le poison le plus toxique est celui du *cobra*, 16 fois plus fort que celui du serpent à sonnettes.

Après avoir établi la dose minima de poison mortelle pour différents animaux, par exemple 0 gr. 000245 de venin de *cobra* par kilogramme vivant de lapin, Fraser se préoccupa de rechercher le moyen de rendre les animaux plus résistants à ces mêmes doses toxiques, à diminuer leur susceptibilité au venin. Il administra, en injec-

tions sous-cutanées, d'abord des doses fractionnées de la quantité toxique, puis, progressivement, alla jusqu'à injecter la dose toxique elle-même; par ce procédé, les lapins ainsi traités arrivèrent à supporter des quantités 10, 20, 30 et même 50 fois plus grandes que la dose toxique minima du *cobra*, ils étaient immunisés: de même un cheval, soumis au même traitement, ne fut pas incommodé par une dose égale à 10 fois la dose toxique ordinaire.

Du sérum des animaux ainsi immunisés, Fraser parvint à extraire un produit sec assez fixe qui possédait toutes les propriétés antidotiques du sérum lui-même; ce produit s'obtient en filtrant du sérum fraîchement préparé, puis le résidu sec du filtre est placé sous la cloche d'une machine pneumatique avec de l'acide sulfurique; la poudre ainsi obtenue peut retrouver toutes les propriétés du sérum en la dissolvant dans une quantité correspondante d'eau distillée. Fraser désigne ce sérum, desséché en poudre ou redissous dans l'eau, sous le nom de *antivenene*.

Deux séries d'expériences ont été instituées pour éprouver la puissance antidotique de l'*antivenene*; dans la première, l'*antivenene* fut mélangé au poison, puis les deux réunis furent injectés sous la peau de l'animal; dans les autres expériences, on administrait d'abord le poison, puis trente minutes après le contre-poison. Dans les premiers cas, administration simultanée du poison et de l'antidote, on constata que, pour la dose mortelle ordinaire du poison, 1/250e de centimètre cube d'*antivenene* par kilogramme de l'animal suffisait à empêcher la mort; pour une quantité égale à trois fois la dose toxique, un centimètre cube par kilogramme de l'animal évitait

l'issue fatale. Dans la seconde série d'expériences, il fut prouvé que 1 cc. 5, 1 centimètre cube et 0 cc. 8 par kilogramme d'*antivenene*, injecté trente minutes après l'administration de la dose mortelle du poison, amenait la guérison ; une quantité égale à deux fois la dose mortelle était neutralisée par 5 centimètres cubes d'*antivenene* : les expériences de cette dernière série sont particulièrement intéressantes, parce que, dans presque tous les cas, les effets de l'empoisonnement commençaient à se manifester avant l'emploi de l'*antivenene*.

Ces expériences prouvent donc ce fait très important, que le sérum sanguin d'animaux qui ont été immunisés contre les venins peut, chez d'autres animaux, annihiler complètement l'action de doses mortelles des venins.

Comme conséquence pratique pour le traitement des morsures de serpents, Fraser propose d'employer l'*antivenene*, que l'on obtiendrait en grandes quantités en immunisant le cheval par du venin de *cobra*. Ce remède serait de la plus précieuse importance dans l'Inde, où annuellement la mortalité due aux morsures des serpents s'élève à 20.000 individus, et où, jusqu'à présent, toutes les autres méthodes de traitement ont échoué.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. AUTORISATION DE SÉRUMS THÉRAPEUTIQUES.—II. DEUX CAS DE BLÉPHAROPLASTIE PAR LA MÉTHODE ITALIENNE. — III. DE LA NOCIVITÉ DES HUITRES.— IV. SUR L'EXPLORATION HYDROSTATIQUE DU CORPS.

I

Séance du 9 juin. — Une loi a soumis la vente et la distribution des sérums thérapeutiques (antidiphtéritiques, antistreptococciques, etc.) à une autorisation préalable du ministre de l'Intérieur, autorisation délivrée sur avis conforme de l'Académie de médecine.

M. STRAUS, comme rapporteur d'une commission de l'Académie, conseille de répondre favorablement aux demandes de l'institut Pasteur et aux laboratoires de Marseille, de Montpellier et de Bordeaux ; et d'une façon défavorable au Dr Bernheim (de Paris) qui a demandé l'autorisation de préparer et de distribuer :

1° Du sérum antipneumonique ;

2° Du sérum antistreptococcique ;

3° Du sérum anticancéreux ;

4° Du sérum antituberculeux.

Voici les termes mêmes du rapport de MM. Nocart et Netter, délégués par le ministère de l'Intérieur.

« Dans la visite que nous avons faite à son laboratoire, le 3 février dernier, nous avons constaté, et M. Bernheim

nous a avoué que s'il avait l'intention de préparer du sérum antipneumonique et antistreptococcique, ce projet n'avait même pas reçu un commencement d'exécution.

« M. Bernheim nous a présenté un âne préparé pour fournir du sérum anticancéreux et 2 chèvres immunisées contre la tuberculose.

« L'âne a reçu en une seule fois, 10 centimètres cubes de suc cancéreux, provenant d'épithélioma du sein. Il a eu de la fièvre et a maigri, mais s'est promptement remis. Après un mois on l'a saigné et son sérum a servi à traiter des cancéreux !

« Les échantillons de sérum qui nous ont été remis ont paru aseptiques ; il n'y a donc vraisemblablement aucun danger à injecter ce sérum ; mais si l'on peut tolérer son emploi à titre expérimental par des médecins qui en acceptent l'entière responsabilité, il est impossible, aussi longtemps que l'expérience n'en aura pas établi l'efficacité, d'en autoriser la distribution à titre gratuit ou onéreux.

« Pour immuniser les chèvres contre la tuberculose, M. Bernheim leur injecte « des toxines filtrées sur Kitasato provenant d'une culture de bacilles humains ». Quand les chèvres ont reçu environ 500 centimètres cubes de toxines, elles sont considérées comme immunisées. « Si l'on injecte à des lapins ce sérum immunisé (*sic*), mélangé avec une certaine quantité d'une culture virulente de bacilles de Koch, cette inoculation est résorbée (??) mais ne bacilise pas l'animal ; je suis donc certain, dit M. Bernheim, que je possède une antitoxine tuberculeuse puissante. »

Voici les expériences de contrôle faites par MM. Nocard et Netter, avec le sérum qui leur fut remis par M. Bernheim.

« Nous avons opéré sur 3 lapins et 3 cobayes, 1 lapin et 1 cobaye servant de témoins. Une très légère dilution de culture tuberculeuse, soigneusement broyée et filtrée sur un linge fin, fut mélangée avec le sérum de M. Bernheim; — (pour les témoins, la culture fut mélangée avec du sérum de chèvre normale). Après 11 heures de contact, le mélange fut injecté sous la peau de la cuisse, à la dose de 10 centimètres cubes pour les lapins, de 3 centimètres pour les cobayes. Un des lapins qui avait reçu le sérum Bernheim, en reçut encore chaque jour, pendant trois jours consécutifs, 4 centimètres cubes. Un des cobayes reçut de même 2 centimètres cubes, chaque jour, pendant trois jours. Tous les animaux succombèrent tuberculeux, du 19e au 45e jour après l'inoculation ; chose curieuse, les témoins, cobayes et lapins, moururent les derniers. Il fut impossible de noter la plus petite différence dans l'importance des lésions tuberculeuses de ces animaux.

« Nous avons donc le droit de dire qu'en procédant comme l'indique M. Bernheim, on n'obtient pas les résultats qu'il indique. Dans ces conditions, nous estimons qu'il y a lieu de refuser à M. Bernheim l'autorisation qu'il demande et de lui interdire formellement la distribution, à titre gratuit ou onéreux, de son prétendu sérum antituberculeux.

II

M. Berger présente à l'Académie deux malades auxquelles il a refait les deux paupières de l'œil gauche pour un double ectropion.

La première des malades avait cette difformité consécutivement à une ancienne cicatrice de brûlure occupant les régions frontale temporale, génienne et palpébrale cor-

respondantes. L'œil, complètement à découvert, était atteint d'opacité cornéenne et menacé de perte prochaine.

Le 21 novembre dernier, M. Berger commença par libérer les paupières par une incision circonférencielle qui permit de les disséquer et de les amener au contact; leur bord libre fut avivé et suturé, et sur la perte de substance constituée par la dissection et la libération de leur face cutanée, fut implanté un grand lambeau en Y, emprunté au bras gauche, qui fut maintenu fixé à la tête par un appareil spécial.

Le pédicule du lambeau fut sectionné au bout de douze jours, adapté à la région temporale quinze jours plus tard. La fixation du membre supérieur à la tête avait été bien supportée et le lambeau était bien vivant.

La suture palpébrale ne fut ouverte que six mois plus tard ; les paupières, douées de tous leurs mouvements, se ferment sans difficulté, toutes les douleurs et la photophobie ont disparu et la cornée a repris toute sa transparence.

Le second cas est analogue.

III

Nous avons reproduit dans le numéro précédent une communication de M. Chantemesse rapportant des accidents dus à une bourriche d'huîtres et variant de simples indigestions à deux cas de fièvre typhoïde grave, avec un décès.

M. Chantemesse concluait que les huîtres pouvaient être contaminées par des eaux contenant le bacillum coli et le bacille d'Eberth.

M. Chatin fait à son tour une communication sur la nocivité des huîtres. Il fait remarquer tout d'abord qu'elles causent moins d'accidents que les moules et d'autres ani-

maux aquatiques ; que, malgré la grande consommation, les accidents sont très rares et qu'il faut tenir compte « dans leur appréciation, des prédispositions individuelles et de l'état de santé préalable ».

La nocivité de l'huître a été imputée, suivant les cas, à une des quatre causes suivantes :

1° Chromatisme ;

2° Période de reproduction ;

3° Altérations tissulaires ;

4° Conditions d'ambiance.

Chromatisme. — Les huîtres ordinairement blanches se colorent en vert et en jaune sur certains points de notre littoral. M. Chatin a démontré dans une communication antérieure que « ces différents modes de chromatisme n'impliquent aucune altération des tissus, aucun état morbide. D'ordre purement physiologique, ils se lient à des conditions générales, principalement au régime de l'animal. On peut ainsi provoquer le verdissement chez des huîtres blanches en leur faisant ingérer une navicule, le *navicula ostrearia* ». Il n'y a donc aucun rapport entre la coloration des huîtres et leur nocivité.

Période de reproduction. — L'huître est un animal hermaphrodite ; les spermatozoïdes transportés par l'eau nécessaire à la respiration pénètrent dans les branchies et y fécondent les ovules. Il se fait au niveau de ces ovules, dans le tissu ambiant, une exsudation visqueuse qui forme une humeur blanchâtre, d'où le nom d'*huîtres laiteuses* qu'on donne aux mollusques observés dans cet état.

Plus tard les embryons sont constitués et pendant qu'ils occupent encore leur mère, ils lui donnent une coloration brunâtre, c'est l'*huître ardoisée*.

Cette période de reproduction existe pendant une période

de l'année assez longue, qui correspond aux mois de l'année sans *r*, d'où un dicton populaire qui conseille de s'abstenir pendant ces mois-là. Dans le but de protéger la reproduction, un décret a interdit la vente des huîtres du 15 juin au 1er septembre ; en outre, l'aspect des huîtres laiteuses et des huîtres ardoisées est peu appétissant.

Malgré ce décret la vente des huîtres sur place est tolérée et il en est consommé une assez grande quantité au bord de la mer, sans que leur ingestion paraisse avoir d'inconvénients.

Altérations tissulaires. — « On est également mis en garde contre l'usage des huîtres malades, par leurs caractères organoleptiques : aspect noirâtre, jaune d'ocre, gris verdâtre ; saveur fade ou alliacée ; odeur d'acide sulfhydrique. » Ces caractères sont assez marqués et assez caractéristiques pour empêcher la consommation.

Conditions d'ambiance. — Le sol et l'eau pourraient communiquer aux huîtres des causes de nocivité.

Le *sol* est presque toujours le même, formé de sable et de vase, devant offrir une certaine dureté ; on obtient cette dernière artificiellement en macadamisant le fond du bassin.

Si la vase était de mauvaise qualité, elle pourrait donner diverses maladies aux huîtres, mais ces maladies produiraient une odeur si nauséabonde que les huîtres qui en seraient atteintes ne pourraient être mangées.

En outre, l'intérêt des producteurs est de tenir leurs parcs très propres et de les nettoyer avec soin.

L'*eau*, si elle contient des germes pathogènes, peut, comme cela a été démontré, en particulier par M. Chantemesse, communiquer ces germes aux huîtres qui servent alors d'agents de transmission. Des faits analogues ont, du reste, été signalés depuis longtemps.

Il y a donc lieu de prendre beaucoup de précautions à cet égard, les mœurs de l'huître, l'exposant, le cas échéant, à une infection microbienne intensive.

« Sédentaire, plus sédentaire que les moules, elle se trouve indéfiniment exposée aux mêmes contacts, aux mêmes courants, aux mêmes causes de souillure.

« D'autre part, le fonctionnement de ses organes respitoires provoque un incessant appel d'eau qui baigne ses tissus, y charriant sans relâche des matières minérales et organiques.

« Il suffit de voir l'eau sortir des valves du mollusque, absolument clarifiée et filtrée, pour soupçonner ce qu'elle lui abandonne... Il est impossible d'apprécier, soit quantitativement soit qualitativement ce qui reste dans l'organisme. ».

On serait en droit de s'étonner de l'innocuité habituelle des huîtres, si on ne savait pas que « la phagocytose se manifeste chez l'huître avec une activité exceptionnelle. Elle s'exerce surtout par les cellules conjonctives, perpétuellement en état de mobilisation. De véritables colonnes de phagocytes parcourent ainsi le milieu intérieur du mollusque, et l'assainissent sans interruption. »

Il y a donc lieu de prescrire des règles pour l'établissement et l'entretien des parcs à huîtres du littoral français de façon à empêcher que celles-ci ne puissent devenir des agents de transmission pour les germes pathogènes.

IV

Séance du 16 *juin.* — M. Marc Sée appelle l'attention de l'Académie sur une méthode d'exploration, dont il n'a vu mention nulle part et qui lui paraît devoir rendre des

services dans l'exploration des tumeurs de l'abdomen en particulier.

« Chacun a pu remarquer que, lorsque nous sommes plongés dans un bain, notre paroi abdominale antérieure acquiert une souplesse extrême, même chez les personnes chargées d'embonpoint, dont le ventre est habituellement tendu. C'est au point que la flaccidité de cette paroi ne le cède guère à celle qu'on observe chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants, et que l'on arrive facilement, chez les individus obèses comme chez les sujets maigres, à déprimer suffisamment le ventre pour palper la colonne vertébrale et l'angle sacro-vertébral. Tout le contenu de la cavité abdominale peut être, de cette façon, reconnu et limité par la pulpe des doigts, avec une netteté que ne donne aucun autre mode d'exploration.

« Le relâchement de la paroi abdominale plongée dans l'eau s'explique par les principes d'hydrostatique que tout le monde connaît. Cette paroi, plus ou moins chargée de graisse, est plus légère que l'eau ; elle tend à monter à sa surface. La force ascensionnelle qui en résulte contrebalançant les forces élastique et contractile qui l'appliquent sur les viscères, donne une liberté presque absolue à la paroi, qui flotte, pour ainsi dire, et n'oppose qu'une résistance insignifiante aux doigts qui cherchent à palper les parties profondes. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. ULCÉRATIONS, ÉRYTHÈME NOUEUX ET ORCHITES D'ORIGINE HYSTÉRIQUE. — II. HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ET ŒDÈME DU CERVEAU AU COURS DE L'HYSTÉRIE. — III. SCARLATINE A RECHUTE. — IV. EMBOLIE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE DROITE. — V. SABLE INTESTINAL. — VI. STATISTIQUE DE LA DIPHTÉRIE A L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES EN 1895. — VII. CONTAGION DE LA SYPHILIS AU MOYEN D'UN RASOIR CONTAMINÉ. — VIII. HÉMOPHILIE CHEZ UNE FILLETTE DE ONZE MOIS.

I

(*Séance du 29 mai.*) — M. F. WIDAL présente à la Société un malade qu'il a suivi depuis le mois de janvier dernier. Cet homme a eu plusieurs blennorrhagies de 1878 à 1891; depuis juillet 1894, quoique toutes les recherches n'aient pu faire constater de traces de blennorrhagie, « il a souffert de poussées innombrables d'épididymites siégeant sur l'un ou l'autre côté, apparaissant brusquement, disparaissant au bout de quelques jours, et s'accompagnant de plaques d'érythème noueux siégeant au niveau des membres inférieurs ».

En septembre dernier, sans causes appréciables, douleurs lombaires violentes; l'examen de l'urine fait constater une grande quantité d'albumine; quelques jours plus tard, il n'y en avait aucune trace. Vers la même époque, attaque de nerfs qui dure deux heures et est suivie d'œdème fugace du membre inférieur droit.

A l'occasion du moindre excès, de la moindre fatigue, le malade est pris d'une poussée de plaques d'érythème noueux siégeant presque exclusivement aux membres inférieurs, et durant quelques jours.

« Le 12 février dernier, après s'être promené pendant deux heures, dans le jardin de l'hôpital, le malade a été pris subitement d'une orchite du côté droit. Le testicule, très douloureux, dur à la palpation, était doublé de volume, et la douleur irradiée le long du cordon s'étendait jusqu'à la région hypogastrique correspondante. Cette poussée testiculaire évolua rapidement, sans température. Le lendemain, le testicule était déjà moins volumineux et moins douloureux et, après trois jours, le malade n'éprouvait plus aucune douleur. On ne constatait plus que des indurations manifestes des deux épididymes, reliquat des inflammations répétées dont a souffert le malade. »

M. Widal a observé plusieurs fois, ordinairement au moment des poussées d'érythème noueux, des ulcérations de la muqueuse buccale, ulcérations arrondies, à l'emporte pièce, précédées d'une vésicule blanchâtre et persistant pendant quelques jours; quelquefois il existait en même temps, sur la verge et le scrotum, des ulcérations rapidement recouvertes d'une croûte et guérissant assez vite.

Le malade présente en outre des symptômes hystériques : dermographisme, plaques d'hyperesthésie cutanée au tact, à la chaleur, à la douleur ; sensibilité à la piqûre, un peu moindre du côté gauche.

M. Widal en conclut que tous ces troubles doivent être sous la dépendance de l'hystérie.

II

M. Gilles de la Tourette rapporte les deux observations suivantes que nous résumons.

Une jeune fille de 26 ans, ayant présenté plusieurs

fois de grandes attaques convulsives hystériques, est prise, à l'occasion d'une émotion, d'étourdissements et de vertiges ; une hémiplégie gauche avec hémianesthésie se développe ; la malade est dans un état demi comateux et il y a incontinence d'urine par regorgement.

Le lendemain, la malade est dans le même état. Les jours suivants le coma augmente ; déviation conjuguée de la tête et des yeux et mort le quatrième jour.

Une femme de 40 ans, qui avait souffert d'accidents hystériques divers et bien caractérisés, est prise au mois de mai dernier d'un ptosis pseudo-paralytique, de névralgies occipitales violentes, sans fièvre, avec sommeil, d'abord léger, mais s'accentuant de plus en plus ; la face se congestionna, les conjonctives devinrent œdémateuses et la mort survint en quelques jours.

Ces deux malades avaient présenté antérieurement, au milieu des autres symptômes hystériques, des troubles relevant de ce que M. Gilles de la Tourette a proposé d'appeler la diathèse vaso-motrice hystérique. « La première avait eu des hémoptysies ; quant à la seconde, elle avait eu des hématémèses, de la glycosurie intermittente qu'on peut rapprocher de l'albuminurie transitoire du malade de M. Widal ; enfin, elle avait souffert de l'œdème caractéristique du sein hystérique. »

M. Gilles de la Tourette se demande si on ne pourrait admettre dans l'hystérie la possibilité de troubles analogues du côté du cerveau pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie ou à des œdèmes. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée chez les deux malades dont il s'agit.

Ce qui viendrait à l'appui de cette manière de voir, c'est l'histoire d'une malade de 42 ans, « hystérique convulsive dès l'adolescence, qui, à l'âge de 22 ans, fut frappée d'une

hémiplégie gauche accompagnée d'une, hémianesthésie qui a disparu. Aucune des causes ordinaires ne peut être invoquée pour expliquer cette hémiplégie qui est certainement organique, car le faisceau pyramidal a dégénéré, le bras est contracturé et le membre inférieur présente de la trépidation spinale, ce qu'on n'observe jamais dans l'hémiplégie hystérique telle que nous la connaissons ».

III

(*Séance du 5 juin.*) — M. Comby fait une communication sur la scarlatine à rechute. Les rechutes de la scarlatine ont déjà été signalées par plusieurs auteurs. Il en rapporte deux nouveaux exemples.

Une fillette de 4 ans, prise de scarlatine normale le 8 juillet 1895, était en pleine desquamation lorsque, le 22 juillet, « survint une nouvelle poussée généralisée à tout le corps avec une température de 39°4. En même temps, l'enfant était dans la prostration et présentait une diarrhée fétide ». L'éruption pâlit en trois jours et la malade guérit parfaitement.

Une fillette de 6 ans entre « au pavillon de la scarlatine à l'hôpital Trousseau, le 16 avril 1896. Elle était au premier jour d'une éruption scarlatineuse qui n'a pas duré moins de huit jours. Pendant les quatre premiers jours, la température a oscillé entre 39 et 40° n'ayant atteint qu'une fois 40°4 (3e jour de l'éruption, 4e jour de la maladie).

« Le neuvième jour, la fièvre est à peu près tombée (37°6), et la desquamation se voit nettement.

« Mais cette défervescence n'est pas durable, et le thermomètre marque 39°6 le lendemain; il retombe à 37°8 pour remonter à 39°4: en somme la courbe présente des

oscillations inusitées qui font craindre quelque complication.

« Il y avait bien eu au début un léger exsudat sur les amygdales, mais il avait cédé aux irrigations et aux badigeonnages de naphtol camphré.

« Le 28 avril, quatorzième jour de la maladie, cinq jours après la fin de la première éruption, l'enfant présente une seconde poussée rouge et granitée sur le tronc et les cuisses.

« Cette éruption, nettement scarlatiniforme, est frappante au niveau de l'abdomen qui est le siège d'une desquamation en large lambeaux, sous lesquels la rougeur transparaît. Le thermomètre marque 39° le soir, et il oscille pendant quelques jours entre 38° et 39° ; à partir de la fin de la nouvelle éruption, qui dura six jours, le thermomètre tomba à 37°5.

« Une desquamation nouvelle se déclara, se mêlant à l'ancienne qui n'était pas terminée et enfin la malade guérit après avoir présenté une otite double. Au début, on avait noté une certaine quantité d'albumine dans les urines, qui disparut par la suite.

« L'enfant reste pâle et amaigrie. »

Au moment de produire ces observations, M. Comby vient d'en observer un nouveau cas.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, entré le 8 mai au pavillon d'isolement, qui présente peu de fièvre, une éruption qui dure seulement quatre jours et qui est suivie immédiatement de desquamation Le 28 mai (21e jour de la maladie), fièvre, mal de gorge, et le 29 température à 40°2 et nouvelle éruption de scarlatine.

M. Rendu, qui a observé des faits analogues, les interprète différemment. Pour lui la première éruption est bien

la scarlatine, la seconde serait une éruption secondaire d'ordre infectieux, analogue à celle que l'on observe après l'emploi du sérum antidiphtéritique, analogue à celles qui se présentent dans nombre d'affections infectieuses. Ce serait une éruption probablement streptococcique.

M. Le Gendre a observé il y a deux ans à l'hôpital Trousseau un cas tout à fait identique à ceux de M. Comby et accepte parfaitement sa manière de voir.

M. Roger trouve ces cas très délicats à interpréter et croirait plutôt à un érythème secondaire.

Il a, en effet, observé 10 cas d'érythème post-scarlatineux chez 90 malades entrés dans son service depuis le 1er janvier.

Il les divise en trois groupes :

Dans le premier (3 observations), l'érythème secondaire différait complètement de la scarlatine. Deux fois il s'agit d'un érythème lichénoïde prurigineux qui ne dura que quarante-huit heures; chez le troisième malade, érythème papuleux.

Dans le second (5 observations) l'érythème secondaire était franchement scarlatiniforme. L'éruption se produisait sur le thorax et le haut de l'abdomen par de petites macules qui devenaient confluentes en vingt-quatre heures; « la peau présentait alors une coloration rouge uniforme, plus ou moins foncée; l'éruption restait localisée aux parties primitivement envahies ou s'étendait légèrement sur la racine des membres ». Légère démangeaison, rien du côté de la gorge; évolution terminée en deux ou trois jours.

Dans les deux autres cas, l'éruption secondaire fut plus scarlatiniforme encore, elle s'accompagna d'une seconde desquamation et chez un des malades d'une légère angine.

(*Séance du 12 juin.*) — M. Lemoine, à propos de la communication de Dr Comby à la séance précédente, signale qu'au Val-de-Grâce, en 1895, sur 200 scarlatineux, il a été observé deux cas analogues chez lesquels il a assisté à deux éruptions successives de scarlatine.

IV

M. Galliard présente à la Société une malade de 43 ans, cardiaque, qui est entrée à l'hôpital Tenon le 18 avril en se plaignant de douleurs violentes dans le bras droit. Elle avait eu auparavant deux accès d'asystolie et souffrait de dyspnée depuis huit jours lorsque la veille « elle éprouva subitement à l'épaule droite une douleur atroce; c'était, d'après son expression, comme un arrachement du membre. En même temps le bras devenait froid et livide. »

Le 19 à la visite : « La main droite est violacée avec des taches brunâtres qui sont surtout visibles sur les doigts. Cette main est engourdie et froide. Elle est le siège de douleurs spontanées très vives; les douleurs ont déserté leur siège initial, l'épaule; elles ne sont pas très vives au niveau de l'avant-bras. La main est hyperesthésiée, elle ne peut tolérer aucun contact; elle apprécie mal la chaleur et le froid des objets qu'elle touche. Les mouvements sont pénibles. On ne trouve ni pouls radial ni pouls cubital, huméral et axillaire; les pulsations de l'artère sous-clavière sont conservées.

« Les extrémités inférieures sont œdématiées. Un peu d'ascite; foie douloureux; pas de suppression de l'urine; albuminurie; dilatation des veines du cou. Arythmie. Pas de souffle cardiaque appréciable, mais dédoublement du second bruit à la pointe et à la partie moyenne du cœur.

« Râles fins aux deux bases, en arrière. Râles sibilants disséminés. T. V. 37°5.

« Diagnostic : *Asystolie consécutive au rétrécissement mitral ; embolie de l'artère axillaire droite.* »

Jusqu'au 22 avril, la cyanose augmente progressivement en hauteur; puis du 23 au 29 l'amélioration de la cyanose se fait graduellement et en même temps l'asystolie s'amende.

En somme, la circulation collatérale s'est rétablie. Le 8 juin on constate de faibles battements de l'artère humérale à la partie moyenne de l'avant-bras, mais rien à l'axillaire et aux artères de l'avant-bras.

V

(*Séance du 19 juin.*) — Dans une séance antérieure M. Mathieu avait fait une communication sur une observation de *sable intestinal*; le manque de place ne nous avait pas permis d'en rendre compte. Dans cette séance, le Dr Oddo, de Marseille, a envoyé une observation analogue que nous allons résumer.

Il s'agit d'une dame de 50 ans, très arthritique, qui a présenté très fréquemment depuis son enfance des crises de douleurs intestinales violentes survenant subitement et se terminant par des évacuations abondantes. Ces crises sont ordinairement précédées de constipation.

« Le début de la crise est soudain, et dans l'espace de quelques instants elle arrive à son paroxysme.

« Des douleurs d'une très grande intensité éclatent et occupent tout l'abdomen sans que la malade ait jamais pu préciser l'existence de points fixes, ou de lieux à douleur maxima. Bientôt la malade est sollicitée à aller à la selle, et alors des matières dures, difficiles à expulser, se pré-

sentent les premières. Après l'expulsion de ces bouchons, les selles deviennent plus faciles, plus molles et plus abondantes. Elles sont ensuite liquides et alors la malade éprouve la *sensation du passage à travers l'anus d'une grande quantité de terre*. C'est cette sensation qui me donna l'éveil, il y a un an, lorsque je vis la malade pour la première fois, et me décida à me faire montrer les selles dans lesquelles je constatai, après lavage, une énorme quantité de sable. Jamais jusque-là les médecins, quelques-uns fort distingués, qui avaient soigné la malade n'avaient pensé à la gravelle intestinale ou biliaire.

Les douleurs et les débâcles se succèdent pendant dix-huit ou vingt-quatre heures et souvent, lorsque les débâcles ont été prolongées et les selles nombreuses et abondantes, la crises se termine par des selles sanguinolentes et graisseuses accompagnées de ténesme rectal.

Lorsque les crises sont très violentes, elles s'accompagnent de vomissements répétés.

La malade affirme que la quantité de sable rendue dans le cours d'une crise est considérable et remplirait plusieurs vases.

Dans l'intervalle des crises, la malade a assez souvent la sensation d'évacuation de terre, mais avec une beaucoup moins grande abondance. Depuis que son attention a été attirée sur la nature de ses selles, elle a remarqué que ses fèces contiennent très souvent des graviers, et cela en dehors de toute débâcle et de toute douleur.

Le sable se présente après lavage sous l'aspect de graviers de grosseurs inégales, plus ou moins arrondis, de couleur variant du jaune clair au gris noirâtre.

L'analyse chimique a démontré qu'il se compose de substances volatiles (sels ammoniacaux), de débris orga-

niques, de matières grasses et de sels (phosphate de chaux, phosphate ammoniaco-magnésien, carbonate de chaux). On a trouvé très peu de pigments biliaires, ce qui démontre que ce sable provient bien de l'intestin et non des voies biliaires.

Les crises douloureuses paraissent survenir surtout sous l'influence des secousses (voiture et chemin de fer).

VI

M. Sevestre publie la statistique des cas de diphtérie qu'il a traités, en 1895, au pavillon des Enfants-Malades, et il accompagne cette statistique de considérations très intéressantes que nous allons reproduire.

Les internes qui ont fait successivement le service ont suivi les sortants autant qu'il a été possible.

Presque tous les malades ont reçu en entrant dans le service une injection de sérum de Roux et M. Sevestre explique la nécessité d'employer le traitement dès l'arrivée du petit malade sans attendre les résultats de l'examen bactériologique par l'état avancé de maladie qui existe presque toujours à l'entrée du malade.

« La première injection était généralement de 20 centimètres cubes, quelquefois seulement de 10 centimètres cubes chez de très jeunes enfants ou dans des cas très légers, parfois de 30 centimètres cubes dans les cas graves. »

Le plus souvent, on n'avait pas besoin de renouveler cette injection, sauf dans les formes graves ou dans les croups.

Nous ne répéterons pas aujourd'hui les raisons que nous avons déjà énumérées dans les revues précédentes et qui nous ont amené à diminuer encore ces doses ; nous

rappellerons cependant que chez les enfants nous n'injectons plus que 5 centimètres cubes et que cette dose nous a jusqu'ici parfaitement réussi ; nous la répétons quelquefois le second jour.

M. Sevestre est revenu des exagérations du début de l'emploi du sérum et il emploie en même temps que lui diverses médications et en particulier le calomel qu'il donne comme purgatif, mais dont il ne doit pas méconnaitre l'action élective sur la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx. Les injections de sérum artificiel (chlorure de sodium 7/1000) lui ont paru avoir une grande utilité pour remonter les petits malades et il n'hésite pas à leur attribuer la guérison dans un certain nombre de cas.

Voici maintenant les résultats statistiques :

Il est entré, en 1895, au pavillon de la diphtérie, 1.140 malades ; il en est mort 158, ce qui donne une mortalité de 13,85 p. 100. Si l'on ne comptait pas les cas où la mort est survenue moins de vingt-quatre heures après l'entrée, c'est-à-dire les cas dans lesquels le traitement n'a pas eu le temps de montrer son efficacité, on ne trouverait que 87 morts. Soit 8,13 p. 100.

Ce chiffre de 1,140 entrées contient non seulement les diphtéries vraies (c'est-à-dire celles dans lesquelles l'examen bactériologique a démontré la présence du bacille de Lœffler) mais tous les cas envoyés au pavillon et contenant des angines blanches sans bacilles de Lœffler et des maladies très différentes (corps étrangers des voies aériennes, broncho-pneumonie, etc.). Mais c'est ce chiffre global qu'on peut seul comparer à celui des années précédentes où la distinction n'était pas faite.

Années	Entrées	Décès	Mortalité p. 100
—	—	—	—
1890. . . .	1.002	560	55,88
1891. . . .	957	503	52,56
1892. . . .	997	475	47,64
1893. . . .	1.015	492	48,47
1894. . . .	1.042	226	21,68
1895. . . .	1.140	158	13,85

M. Sevestre fait remarquer qu'une épidémie de grippe est venue compliquer les cas de diphtérie et a amené un certain nombre de morts par broncho-pneumonie, alors que la diphtérie paraissait guérie.

Si nous poursuivons l'examen du tableau de M. Sevestre, nous trouverons 878 cas de diphtérie avec 133 décès, soit 15,14 p. 100, et si on défalque les morts survenues pendant les premières vingt-quatre heures, 77 seulement, soit 9,35 p. 100.

Sur ces 878 cas, il y avait 392 cas de diphtérie pure et 486 de diphtérie associée. Comme cela est maintenant bien reconnu, ces dernières sont plus graves. Nous trouvons pour les diphtéries pures 39 décès, soit 9,94 p. 100, et en ne comptant pas les morts du premier jour. 23, soit 6,11 ; pour les diphtéries associées 94 décès, soit 19,34 p. 100 et 54, soit 12,11 p. 100. Le chiffre de la mortalité dans les diphtéries associées est sensiblement le double de celui qu'on observe pour les diphtéries pures.

Dans un certain nombre de cas de diphtérie où l'examen bactériologique a démontré l'existence simultanée du bacille de Lœffler et du strepocoque, M. Sevestre a employé le sérum de Marmorek concurremment à celui de Roux.

Les résultats de ce sérum ont paru assez favorables sur la lésion de la gorge et sur les adénopathies, mais « l'état général n'a pas paru subir de modification bien marquée et les phénomènes d'infection qui existaient ne paraissaient influencés que d'une façon insignifiante ». Si les broncho-pneumonies ont paru être arrêtées dans deux ou trois cas, elles ont le plus souvent continué leur évolution sans modification.

De plus, dans plusieurs cas, M. Sevestre a observé des abcès se développant rapidement au niveau des piqûres, avec tendance au sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané.

Nous ferons remarquer qu'il y aurait peut-être lieu de préparer plusieurs sérums streptococciques ; un sérum avec des streptocoques provenant de l'érysipèle et destiné à combattre l'érysipèle et l'infection purulente, et un sérum avec des streptocoques provenant d'angine pure à streptocoques et destiné à être employé dans ces angines et dans les diphtéries associées ; on obtiendrait peut-être ainsi une action plus certaine et on éviterait peut être des complications. C'est à étudier.

M. Sevestre ne revient pas sur les accidents post-sérothérapiques qui ont déjà été longuement discutés à la Société, il dit simplement qu'un sérum ancien ne doit pas les produire plus qu'un sérum récent et que, dans son service, on a employé un sérum qui avait plus d'un an de date et qui s'est montré très actif : « les éruptions ont été remarquablement rares ».

Quant aux croups, M. Sevestre a employé le tubage, qui pour l'hôpital lui semble l'opération de choix, tandis qu'en ville la trachéotomie lui paraît préférable, à moins de pouvoir mettre à demeure auprès de l'enfant un interne capable de remettre le tube en place.

Chez un certain nombre de petits malades, entrés avec un tirage modéré, on a pu éviter l'intervention en employant l'éther, l'antipyrine et surtout les enveloppements froids et le séjour dans une atmosphère de vapeur qui favorise ainsi le détachement des fausses membranes.

VII

M. Catrin rapporte l'observation d'un vieillard de 71 ans qui a contracté la syphilis en se servant du rasoir de son fils qui était syphilitique depuis neuf mois. En se rasant, il se coupe le menton, la plaie ne se cicatrise pas et « se transforme en une ulcération qui s'étend, s'arrondit et s'accompagne d'adénite sous-maxillaire volumineuse et très douloureuse ».

Cette syphilis a évolué d'une manière assez grave et vient d'amener une iritis double ; la syphilis du fils est au contraire assez bénigne.

M. Catrin dit que l'on a contesté dernièrement que le siège extra-génital du chancre puisse amener une syphilis plus grave et il n'a pas vu non plus signaler que cette maladie fût plus grave chez les vieillards.

VIII

M. Comby vient rapporter l'histoire d'une petite fille de 11 mois déjà hémophile, ayant comme antécédent héréditaire un oncle mort d'épistaxis incurable.

Cette petite fille est prise, depuis les premières semaines de la vie, d'épistaxis spontanées se faisant par l'une ou par l'autre narine, sans provocation aucune, se répétant pendant le sommeil comme pendant la veille, s'arrêtant très difficilement et récidivant d'une façon inquiétante.

De plus, il survient de temps à autre des hémorrhagies par la bouche, par la langue et même par l'intestin (mélæna à plusieurs reprises, sang rouge dans les garde-robes).

Outre ces hémorrhagies par les muqueuses, l'enfant présente, à la moindre égratignure, des hémorrhagies cutanées très difficiles à tarir. Actuellement, elle porte, à la face interne du pavillon auriculaire droit, une croûtelle sanguine, reste d'un saignement récent, et qu'il faut respecter si l'on ne veut avoir une hémorrhagie nouvelle; la mère en a fait plusieurs fois l'expérience.

Ce n'est pas tout : des ecchymoses se font incessamment dans le derme, et on voit à la face dorsale des bras et des avant-bras de nombreuses macules analogues à celles qui succèdent aux nodosités de la dermatite contusiforme (érythème noueux).

Malgré la multiplicité et la fréquence de ces hémorrhagies, malgré la pâleur du teint qui en résulte, l'enfant est vive, alerte, bien en chair. Il est vrai qu'elle est nourrie au sein par sa mère, excellente nourrice. Elle se tient debout et commence à marcher. Ses fonctions digestives sont parfaites; il n'y a rien ni au cœur ni dans les poumons.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Intoxication saturnine chez une fleuriste

M. Charcot rapporte qu'il a observé une femme de 32 ans avec paralysie saturnine bilatérale classique (conservation de la contractilité du long supinateur, réactions électriques ordinaires). Cette femme depuis dix ans est fleuriste et emploie un papier vert pour envelopper la tige des fleurs. Or ce papier renferme une notable quantité de plomb.

Mais le facteur individuel joue un grand rôle en l'espèce ; en effet, sur 30 ouvrières travaillant dans le même atelier, aucune n'a eu d'accidents semblables.

(*La Médecine moderne*, 24 juin.)

Traitement faradique de l'incontinence nocturne d'urine

Le Dr Köster recommande le procédé de traitement suivant contre l'incontinence nocturne :

Après avoir fait uriner le patient, on le fait coucher sur le dos et on lui applique sur la région pubienne une électrode ordinaire mise en communication avec le pôle positif de l'appareil faradique. Le fil de cuivre qui est relié au pôle négatif n'est pas muni d'électrode. On gratte, au niveau de l'extrémité libre de ce fil, la couche isolatrice de caoutchouc qui le recouvre, de façon à mettre le métal à nu sur une étendue d'un demi-centimètre environ, on en désinfecte soigneusement le fil dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100 et on l'introduit à une profondeur

de 1 à 1 centimètre et demi dans l'urèthre du patient. On fait ensuite passer un courant d'abord très faible, dont on augmente lentement la force jusqu'à une limite variable suivant la sensibilité du sujet. On laisse alors agir le courant pendant deux ou trois minutes, puis on en diminue peu à peu l'intensité pour l'augmenter de nouveau progressivement. On termine la séance après avoir une troisième et dernière fois diminué puis augmenté alternativement l'intensité du courant. La durée totale de chaque application faradique est de cinq à sept minutes.

D'après M. Köster, il suffirait en moyenne de deux séances et parfois même d'une seule pour amener la guérison de l'incontinence d'urine, et cela aussi bien chez les garçons que chez les filles.

(*Semaine médicale*, 10 juin.)

Géranium maculatum dans l'hémoptysie

C.-J. Wendt recommande contre l'hémoptysie la teinture de géranium maculatum, à en prendre II-V gouttes toutes les deux heures. Ordinairement il suffit de quelques doses pour arrêter l'hémoptysie : ce n'est que dans des cas invétérés que le médicament doit être répété à plusieurs reprises. Dans ces derniers cas, l'action du remède se manifeste par la diminution de la quantité de sang craché et par la couleur plus sombre du sang épanché.

La teinture de geranium agit non seulement sur l'hémoptysie tuberculeuse, mais aussi sur celle causée par la bronchite et la congestion passive.

(*La Médecine moderne*, 20 juin.)

La glonoïn dans la colique hépatique

M. le Dr G. Lindsay Turnbull (de Londres) a obtenu, chez une femme atteinte de cholélithiase, la disparition rapide de plusieurs accès de coliques hépatiques par l'administration d'une ou deux tablettes contenant chacune un demi-milligramme de trinitrine. Comme ce médicament a pour effet de paralyser les fibres musculaires lisses, son usage paraît rationnel dans la colique hépatique. Notre confrère pense que certains cas de prétendue gastralgie dans lesquels la trinitrine a été employée avec succès n'étaient que de la cholélithiase méconnue. (*Semaine médicale*, 12 février.)

PROPRIÉTÉS ANTITOXIQUES DU SANG DU NOUVEAU-NÉ

On sait que les tout petits enfants, âgés de moins d'un an, sont réfractaires à certaines maladies infectieuses, à la diphtérie, à la scarlatine entre autres. M. Fische s'est demandé si cette immunité du nouveau-né vis-à-vis de la diphtérie n'est pas due aux propriétés spéciales antitoxiques ou bactéricides du sérum du sang du nouveau-né. Pour donner une réponse expérimentale à cette question il fallait voir comment se comportent les cultures du bacille de la diphtérie mélangées au sérum de ce sang, si leur développement ne va pas être entravé, ou si les toxines ne seront pas moins virulentes.

L'auteur a donc fait des cultures de Lœffler dans le sérum de sang du nouveau-né et le sérum a été injecté aux cobayes. Or, ces animaux ont succombé dans le même laps de temps et avec les mêmes symptômes que les cobayes témoins, auxquels on a injecté une culture

de Lœffler sur bouillon. Mais si l'on fait simultanément deux injections : une de Lœffler, cultivé sur bouillon, l'autre sur sérum du nouveau-né et en deux points différents du corps d'un cobaye, l'animal survivra quand bien même on lui injecterait une dose trois fois plus forte que la dose mortelle. Il résulte donc de ces expériences que le sérum du nouveau-né n'est pas bactéricide, mais il est antitoxique.

Sur 82 enfants dont le sérum a été ainsi expérimenté sur les cobayes, chez 68, c'est-à-dire chez 83 p. 100, le sérum avait des propriétés antitoxiques.

(*Jahrb. fur Kinderheilkund, Bd XLI.*)

DES EFFETS ANALGÉSIQUES D'UN GARGARISME AU SUBLIMÉ DANS LA CARIE DENTAIRE

M. Gils, médecin militaire, signale à la Société de thérapeutique qu'un gargarisme composé d'une partie de liqueur de van Swieten pour quatre parties d'eau bouillie serait capable de calmer les crises odontalgiques les plus violentes ; il suffit de se gargariser deux ou trois fois en ayant soin de maintenir la solution en contact avec la dent malade pendant quelques minutes. Le résultat favorable serait le calme pour une dent cariée à ciel ouvert ou plombée.

M. Bardet ajoute que le même gargarisme lui a paru avoir de bons effets anesthésiques dans les angines douloureuses.

(*Semaine médicale*, 3 juin.)

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

Dans les douleurs fulgurantes, sans incoordination et sans épuisement, *ammonium muriaticum* est le principal médicament ; il produit « déchirements, arrachements, élancements douloureux dans les jambes, les membres inférieurs et les jointures » et ensuite dans différentes parties du corps, avec sensation de sensibilité où elles ont eu lieu. Les autres médicaments de ces douleurs sont *chamomilla*, *colocynthis*, *ferrum*, *kali carbonicum*, *lycopodium* et *plumbum*. *Picric acidum* est indiqué lorsqu'il y a grande faiblesse des extrémités inférieures et du dos avec grand épuisement. L'absence du réflexe du genou, l'ataxie, les douleurs fulgurantes, la démarche traînante et chancelante due non au manque de pouvoir des membres inférieurs, mais à leur maladresse pour faire des mouvements exacts, indiquent *secale*. Les douleurs fulgurantes avec secousses musculaires et impuissance, le *zincum*. *Phosphorus* produit la brûlure dans l'épine dorsale, des fourmillements dans les extrémités, une excitation sexuelle suivie d'impuissance, la faiblesse du dos, des membres en commençant à marcher ; le malade trébuche, envoie ses pieds dans toutes les directions ; démarche chancelante et incoordination. Le *kali bromatum* est semblable et est de nos plus utiles remèdes dans les cas avancés avec ataxie. Pour l'incoordination, *argentum nitricum* est le grand remède ; le malade chancelle dans l'obscurité ou les yeux fermés ; les jambes lui paraissent comme de la laine ; faiblesse des extrémités ; pertes des réflexes pupillaires et incontinence d'urine. *Aluminium* a à peu près les mêmes symptômes d'incoordination, avec grande fai-

blesse musculaire, fourmillements superficiels, ptoses, diplopie, etc.

Belladona. Dans le début avec incoordination et perte des forces; il lève les pieds en marchant. C'est encore un remède très important à une période plus avancée pendant les crises gastriques. Le *plumbum* est le médicament le plus semblable à l'ataxie locomotrice. Paralysie avec atrophie, perte de la coordination, anesthésie et impotence sont les symptômes qu'il produit. Il mentionne enfin *silicea* dont il a une grande expérience personnelle. La tendance de ce remède à l'hypernutrition tend à produire une hypertrophie de la névroglie avec sa rétraction consécutive et la sclérose. Voici les indications de *silicea* : douleurs fulgurantes, incoordination, faiblesse des extrémités inférieures avec tendance à la destruction des tissus, particulièrement ulcération des pieds et des orteils au niveau des ongles. Il trouve que dans un grand nombre de cas silicea a arrêté les progrès de la maladie. (*Medical century*, 15 avril.)

Sur deux cas d'intoxication par l'acide borique.

L'habitude qu'on a généralement, dans le corps médical, de regarder l'acide borique comme un agent presque inoffensif, nous engage à publier les deux observations suivantes qui démontrent bien qu'il n'en saurait être toujours ainsi.

Il s'agit dans le premier cas d'une femme de 55 ans, névropathe, atteinte d'un énorme anthrax de la région dorsale; il date d une quinzaine de jours et depuis ce temps la malade n'a ni appétit, ni repos.

Fièvre modérée, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Incision cruciale sous l'anesthésie, le soir 2 grammes de chloral; à partir de ce moment, le sommeil commence à revenir. Trois jours après l'incision, nous avons l'idée de traiter la plaie par des cataplasmes formés d'un mélange à partie égales d'acide borique pulvérisé et de farine de lin. Nous avons vu, en effet, notre maître Daniel Mollière traiter par l'acide borique pur certains anthrax de la face chez des diabétiques qu'il ne voulait pas opérer.

Nous ajoutions au traitement de la patiente 2 grammes d'acide borique par la bouche en vingt-quatre heures. Aucune autre médication sauf le chloral qui était continué à la dose de 2 grammes tous les soirs.

Le régime alimentaire consistait en lait et bouillon.

Nous étions très satisfait du résultat quand le quatrième jour de ce traitement nous trouvons la malade très agitée. Elle n'avait pu trouver le sommeil, avait eu une crise de nerfs et se plaignait d'éprouver sur toute la surface de la peau, une cuisson générale. Elle présentait au niveau de la face de vastes placards très rouges, papuleux, ressemblant à de l'érysipèle, toute la face et le cuir chevelu étaient tuméfiés, le tronc et les membres étaient le siège de plaques rouges presque confluentes répandues uniformément sur tout le corps, sans prédominance du côté de la flexion, ni de l'extension, mais qui diminuaient un peu vers les extrémités.

La soif était vive, la température était de 38°,8. Ne sachant pas au juste à quoi attribuer cette intoxication, nous supprimons tout traitement. Pansement de la plaie avec compresses imbibées d'eau bouillie; trois jours après tout était rentré dans son état normal. La plaie continuait à

être belle et, 20 jours après l'incision, la malade était tout à fait guérie.

Pour savoir si l'éruption n'était pas due au chloral, le lendemain de la disparition de l'exanthème, nous donnons 3 grammes de ce médicament tous les soirs pendant dix jours de suite sans observer aucune récidive.

Le second cas a trait à un homme de 65 ans, arthritique, sujet aux bronchites qui, le 20 juillet, est atteint de ramollissement cérébral. Nous le retrouvons le 18 août, porteur d'un anthrax occupant toute la largeur de la nuque. Les urines n'ont ni sucre, ni albumine. Les douleurs sont modérément violentes. Incision cruciale le 19 août. Deux jours après, pas de traitement interne, le traitement externe consiste à saupoudrer très abondamment la plaie suppurante d'acide borique non pulvérisé. Nous surveillons notre malade, nous promettant de nous arrêter à la première alerte.

Le lendemain, la plaie est belle, bien détergée. Encouragé, nous continuons. Le jour suivant, petite poussée d'eczéma ; l'état général est bon, troisième pansement à l'acide borique. Le lendemain, poussée d'eczéma généralisé, mais par petites plaques très peu suintantes, laissant entre elles de larges espaces de peau saine. Perte d'appétit, légère somnolence ; j'arrête le traitement et ne me sert plus que d'eau bouillie ; régime lacté.

Le 24, la somnolence augmente, perte complète de l'appétit.

Le 25, un vomissement bilieux, rien de particulier du côté des voies digestives, sauf un état saburral très prononcé, sueurs profuses, la plaie de l'anthrax continue à s'améliorer.

Le 26, la poussée d'eczéma s'éteint, la somnolence est devenue de la prostration.

Le malade répond aux questions avec peine, et en bredouillant beaucoup.

Il a trois vomissements bilieux, prend très peu de lait ; il a un état légèrement diarrhéique que nous respectons. Pendant ces trois jours, la température a varié de 37,2 à 37,3.

Le 28, mort. Pas plus dans ce cas que dans l'autre, nous n'avons pu examiner les urines au moment de l'intoxication, ce que nous regrettons infiniment. Ainsi dans un organisme très affaibli, il y a eu véritablement intoxication par l'acide borique. Elle a été caractérisée par une poussée d'eczéma (chez un individu qui en était déjà porteur), par la prostration, un état saburral prononcé, les vomissements bilieux, les sueurs profuses.

A côté de cet état général qui s'aggravait, mettons en parallèle l'état local qui s'améliorait très rapidement.

Aujourd'hui, notre conviction est bien faite, l'acide borique à haute dose, en poudre ou en solution, dans le traitement des vastes plaies, s'absorbe facilement, passe dans la circulation et détermine des accidents tels que nous les avons relatés, accidents qu'on trouve décrits dans certains traités de thérapeutique, mais non dans tous.

Dr Branthomme (*France médicale*, 14 *février*).

Traitement de la méningite par les bains chauds.

Par M. Ewnine.

Le premier qui a proposé le bain chaud dans le traitement de la méningite fut Aufrecht, suivi par quelques

autres médecins qui en ont obtenu de très bons résultats.

L'auteur a employé ce traitement chez cinq enfants de 6 à 16 enfants atteints de méningite; tous ont guéri. Le bain se donnait le jour de l'entrée à l'hôpital, quelle que soit la date du début de la maladie. On commence par un bain de 35 degrés qu'on élève les jours suivants à 40 : l'enfant s'endort très rapidement, la température baisse, et tous les symptômes congestifs disparaissent petit à petit. Le traitement doit être prolongé de trois à cinq semaines.

Conclusions :

1° Les bains chauds sont absolument inoffensifs dans la méningite des enfants ;

2° Ils agissent surtout comme calmants ;

3° Il est à souhaiter que des nouvelles observations vinssent compléter ces données.

(*Journ. de clin. et de thérap. infantile*, 28 mai.)

Nous sommes obligés, devant un résultat aussi brillant, de poser un point d'interrogation sur le diagnostic.

Traitement de l'hydrocèle par injection de sublimé.

D'après un chirurgien de l'armée des Indes anglaises, M. le docteur E. Lawric (d'Hyderabad), une modification avantageuse du procédé classique de traitement de l'hydrocèle par la ponction consisterait à se servir, pour l'injection irritante, d'une *solution saturée de sublimé dans la glycérine.*

Après avoir évacué le tiers ou la moitié de la sérosité de l'hydrocèle, on introduit environ 8 grammes de la solution ci-dessus mentionnée dans la cavité vaginale, où on la laisse séjourner pendant trente à soixante secondes en

ayant soin de malaxer la poche, puis on fait écouler tout le liquide jusqu'à la dernière goutte. La douleur serait modérée. On obtiendrait ainsi une réaction inflammatoire aseptique peu intense, mais cependant suffisante pour produire l'oblitération de la cavité vaginale. D'après M. Lawrie, la guérison survient au bout d'une semaine, durant laquelle le malade doit observer le repos sans être obligé toutefois de garder le lit. (*Semaine médicale* 17 *juin*).

Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle a la suite de pansements au sublimé.

M. Eudlitz présente à la Société de Dermatologie une femme âgée de 61 ans, atteinte d'une dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle. Cette éruption est survenue à la suite de pansements au sublimé qui avaient été faits à la malade pour un panaris du pouce droit datant de cinq semaines. L'éruption a débuté par la main, puis a gagné le bras. Elle a envahi actuellement les jambes, une partie de l'abdomen et du dos, ainsi que le cou et certains points de la face. La malade a de la séborrhée du cuir chevelu. Le diagnostic ne saurait faire doute, car l'éruption présente les trois caractères décrits par M. le professeur Fournier dans l'hydrargyrie cutanée, à savoir l'érythème, la desquamation fine, le suintement. La bouche et le tube intestinal de cette femme sont intacts, comme on le constate souvent dans les cas de ce genre.

(*Semaine médicale* 17 *juin.*)

Traitement des anémies par l'ingestion d'extrait splénique

M. le Dr W. Cohnstein (de Berlin) a trouvé que l'usage interne d'extrait splénique exerce, chez la plupart des personnes atteintes d'anémie et de chloro-anémie, un effet favorable analogue à celui que produit l'ingestion de moelle osseuse et qui se traduit par une diminution manifeste de la sensation de faiblesse, de la constipation, des palpitations, de la céphalalgie, de la dysménorrhée, ainsi que par le rétablissemeut de l'appétit, l'augmentation du nombre des hématies et le relèvement du taux de l'hémoglobine.

Notre confrère se sert, pour le traitement des anémies, d'un extrait aqueux de rate qu'on évapore jusqu'à ce qu'il ait pris une consistance sirupeuse et qu'on additionne ensuite d'une forte quantité de sel de cuisine afin d'en assurer la conservation. Cette préparation rappelle par son aspect, son odeur et son goût l'extrait de viande de Liebig. On l'administre, diluée dans une demi-tasse d'eau bouillante ou mélangée soit au potage, soit à différentes sauces, à la dose de une à deux cuillerées à café par jour. Elle serait toujours bien supportée par les malades.

(*Semaine médicale*, 6 juin).

Mort subite après une injection de sérum de Behring

Le 9 avril, les journaux de Berlin publiaient une information sensationnelle. Le professeur Langerhans annonçait la mort subite de son enfant, âgé de 21 mois, et attribuait cette catastrophe à une injection de sérum de Behring, faite dans le but d'immuniser l'enfant. Le lendemain

paraissait la note suivante : « Ce jour et cette heure auront lieu les funérailles de mon fils bien aimé, tué par le sérum de Behring. » Une enquête apprit les faits suivants : Une des domestiques du professeur Langerhans avait été prise de diphtérie et transportée à l'hôpital Moabit. Sur le conseil de plusieurs de ses collèges de l'hôdital, M. Langerhans fit lui-même, à son fils, une injection préventive et quelques minu tes plus tard l'enfant, jusqu'alors en pleine santé, n'était plus qu'un cadavre. Inutile de dire que le fait eut un retentissement énorme dans le monde médical et dans le public ; les adversaires du sérum voyaient leurs craintes se réaliser et les partisans cherchaient l'explication du fait dans un accident, embolie, choc nerveux, etc.

L'autopsie n'apporta aucun éclaircissement, elle prouva seulement que l'injection avait été correctetement faite dans un pli de la peau de l'abdomen et qu'elle n'avait blessé aucun vaisseau sanguin ni lymphatique ; que d'autre part l'enfant, bien qu'un peu lymphatique, était en parfaite santé et que tous les organes étaient normaux. Les experts conclurent : « cause de mort inconnue » et le corps fut inhumé.

(*Journal de clinique et de thér. infant.*, 30 avril.)

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

LES CONSULTATIONS AVEC LES HOMŒOPATHES.

Les Sociétés d'arrondissement sont sous la direction d'un Conseil Général qui vient d'adopter un code très sommaire de déontologie. A ce propos, M. Chevallereau (1) s'occupe des consultations avec les homœopathes et voici ce qu'il dit à ce sujet : « Faut-il accepter une consultation avec un homœopathe, par exemple? Bien des confrères, surtout parmi ceux qui depuis quelques années déjà ont dépassé la cinquantaine, jetteraient les hauts cris devant une proposition pareille; les jeunes sont, me semble-t-il, plus tolérants. Récemment un de mes clients, titré et habitant le faubourg Saint-Germain, c'est-à-dire appartenant à ce monde très conservateur et très croyant dans lequel les homœopathes recrutent surtout leur clientèle, me demanda si je consentirais à le voir avec son médecin habituel, homœopathe, mais qui, je m'empresse de le dire, est un homme fort intelligent et fort instruit, ancien interne très distingué, pour employer l'expression ordinaire, des hôpitaux de Paris et dont le nom est fort honorablement connu. Je m'empressai d'accepter et mon confrère voulut bien accompagner son malade chez moi. Nous fûmes rapidement d'accord sur le diagnostic et sur les indications du traitement, et quant à la thérapeutique deux hommes de bonne foi et bien intentionnés peuvent toujours arriver à s'entendre.

(1) *France Médicale.*

« Il y a bien d'ailleurs actuellement dans notre profession d'autres plaies que l'homœopathie; croyez-vous que la dosimétrie et d'autres associations médico-pharmaceutiques sur lesquelles nous ne voulons pas trop insister méritent beaucoup plus de confiance? Un petit article à ajouter au code de nos collègues du conseil général ne ferait peut-être pas mal en pareil cas. »

Nous ne sommes pas habitués à voir traiter si largement un tel sujet dans les journaux de médecine et nous voulons en remercier notre confrère, quoiqu'il eut pu ne pas terminer en appelant l'homœopathie une des plaies de la médecine.

Quant aux consultations entre homœopathes et allopathes, elles sont tout à fait nécessaires, et tout à fait acceptables pour les cas de chirurgie et les cas qui relèvent des spécialistes; dans les cas purement médicaux, elles n'ont d'avantages réels qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic; pour le traitement, elles sont quelquefois plutôt nuisibles pour le malade à cause des concessions thérapeutiques mutuelles qu'on est obligé de se faire; il est cependant aujourd'hui un certain nombre de traitements qui sont très analogues dans les deux écoles.

Nous pourrons ajouter que non seulement un certain nombres de jeunes médecins des hôpitaux viennent avec nous en consultation, mais que même parmi les anciens, quelques-uns, non des moins réputés, ne rougissent pas de se rencontrer avec nous.

Dr MARC JOUSSET,

VARIÉTÉS

Congrès homoeopathique international de 1896.

Le 5e congrès homœopathique international quinquennal aura lieu à Londres du 3 au 8 août prochain sous la présidence du Dr Pope. Les réunions précédentes ont eu lieu en 1876, à Philadelphie; en 1881, à Londres, en 1885, à Bâle; en 1891, à Atlantic City.

Les médecins qui désireront y participer enverront à l'un des secrétaires (1) leurs noms, adresses et qualités; ils recevront une carte qui leur donnera le droit d'entrer à toutes les réunions et d'y introduire des visiteurs.

Les assemblées générales auront lieu l'après-midi, les mardi, mercredi, jeudi et vendredi, de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2, à Queen's Hall, Langham place. Des réunions supplémentaires auront lieu le matin de 10 heures à 1 heure à l'hôpital homœopathique de Londres, Great Ormond Street.

Aucun mémoire ne sera lu dans les assemblées générales. Les sujets rédigés pour la discussion seront imprimés et distribués à tous ceux qui auront l'intention de prendre part à leur discussion. Le président en présentera une courte analyse (2); ils seront mis ensuite en discus-

(1) Le Dr Hawkes, 22, Abercromby square, Liverpool, et le Dr Dudley Wright, 55, Queen Anna Street, Londres, W.

(2) Il serait heureux de lire un résumé rédigé par l'auteur lui-même mais sous une forme brève et dont la lecture n'excèderait pas cinq minutes.

sion ; les rapporteurs choisis pour les exposer auront quinze minutes pour parler ; les autres orateurs dix minutes seulement.

Les discussions auront ordinairement lieu en anglais ; mais chaque orateur pourra parler dans sa langue, à condition ou d'avoir un interprête, ou de remettre au président un court résumé en anglais, pour qu'on en donne lecture à la fin de son discours.

ORDRE DES TRAVAUX

LE MARDI 4 AOUT (*L'après-midi*).

Discours du président.

Rapports sur l'histoire de l'homœopathie pendant ces cinq dernières années dans les diverses contrées du monde et sur son état présent.

Rapporteurs : Autriche-Hongrie, Dr KAFKA, de *Carlsbad ;* Belgique, Dr SCHEPENS, d'*Anvers ;* Danemark, Dr HANSEN, de *Copenhague ;* France, Dr CARTIER, de *Paris ;* Allemagne, Dr KRONER, de *Postdam ;* Grande-Bretagne, Dr GOLDSBROUGH, de *Londres ;* Australie, Dr RAY, de *Melbourne ;* Canada, Dr LOGAN, de *Ottawa ;* Inde, Dr SIRCAR, de *Calcutta ;* Nouvelle-Zélande, Dr LAMB, de *Dunedin ;* Hollande, Dr BORNE, d'*Amsterdam ;* Italie, Dr BONINO, de *Turin ;* Portugal, M. VANCUEILLEZ, d'*Oporto ;* Russie, Dr BRASOL, de *St-Pétersbourg ;* Suisse, Dr BATAULT, de *Genève ;* Etats-Unis, Dr KRAFT, de *Cleveland.*

Discussion. — Conditions et espérances de l'homœopathie dans le temps présent ; des meilleurs moyens de servir sa cause.

LE MERCREDI 5 AOUT

Le matin.

I. — Littérature homœopathique, son état et ses be-

soins, par le Dr DYCE BROWN, de *Londres*, et par le Dr BRADFORD, de *Philadelphie*.

Discussion. — Comment perfectionner et compléter notre littérature?

II. — 1° Argument *à priori* pour la loi des semblables, par le Dr ROBERT WALTER, de *Wennersville*, Pensylvanie;

2° Quelques raisons pour croire à l'homœopathie, par le Dr WALTER SANDS MILLS, de *Stamford*, Connecticut.

Discussion. — Le caractère raisonnable de l'homœopathie.

L'après-midi

I. — 1° Choix du médicament d'après l'ordre de succession des symptômes, par le Dr ORD, de *Bournemouth ;*

2° Pouvons-nous prescrire homœopathiquement avec plus de succès en tenant un compte strict de l'état pathologique du malade ? par le Dr SCHLEY, de *New-York.*

Discussion. — Le choix du remède.

II. — Place des extraits animaux en homœopathie, par le Dr CLARKE, de *Londres.*

Discussion.

III. — La pathogénésie et la thérapeutique de sérum, par le Dr WASHINGTON EPPS, de *Londres.*

Discussion.

LE JEUDI 6 AOUT.

Le matin

I. — Doctrine d'Hahnemann sur les maladies chroniques, par le Dr GOLDSBROUGH, de *Londres.*

Discussion.

II. — Une loi posologique, par le Dr LÉON SIMON, de *Paris.*

Discussion. — Avons nous, là où ailleurs, une loi des doses?

III. — 1° Action du mercure et de l'iode dans la syphilis, par le Dr HANSEN, de *Copenhague* ;

2° Fièvre intermittente, par le Dr MAJUMDAR, de *Calcutta*;

3° L'action du colchique et des autres spécifiques, par le Dr HUGHES, de *Brighton*.

Discussion. — Les spécifiques de la médecine traditionnelle.

L'après-midi.

I. — 1° Valeur clinique de la tuberculine, par le Dr CARTIER, de *Paris* ;

2° Valeur de la tuberculine dans la pleurésie purulente, par le Dr ARNULPHY, de *Chicago*.

Discussion. — La tuberculine et ses congenères.

II. — Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, par le Dr BUSHROD JAMES, de *Philadelphie*.

Discussion.

III. — 1° Surdité considérée au point de vue pathologique, par le Dr HAYWARD, de *Birkenhead* ;

2° Sur certaines formes de surdité et les remèdes qui y correspondent, par le Dr COOPER, de *Londres*.

Discussion. — La possibilité d'un traitement interne de la surdité.

LE VENDREDI 7 AOUT

Le matin.

I. — Vertige auriculaire, par Dr DUDLEY WRIGHT, de *Londres*.

Discussion.

II. — Caractère homœopathique et action des eaux minérales, par le Dr KRANZ BUSCH, de *Wiesbaden*.

Discussion.

III. — Des cornes cutanées et de leur traitement, par le Dr VAN DEN BERGHE, de *Bruxelles.*

Discussion.

L'après-midi.

I. — Vulnéraires homœopathiques, par le Dr GILCHRIST, d'*Iowa City.*

Discussion.

II. — Cancer de l'utérus, par le Dr JAMES C. WOOD, de *Cleveland.*

Discussion.

III. — Aménorrhée avec désordre mental, par le Dr BURFORD, de *Londres.*

Discussion.

LE SAMEDI 8 AOUT.

Le matin.

I. — Collections purulentes du thorax, par le Dr HAYWARD, de *Liverpool.*

Discussion.

II. — Appendicite; son traitement médical et chirurgical, par le Dr HORACE PACKARD, de *Boston.*

Discussion.

III. — Anesthésie oxy-chloroformique, par le Dr NICHOLSON, de *Liverpool.*

Discussion. — Anesthésie.

Le soir.

Travaux divers.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

AOUT 1896

MATIÈRE MÉDICALE ET TOXICOLOGIE

INTOXICATIONS ARSENICALES

Il y a quelques semaines, le Dr Comby appelait l'attention de ses collègues de la Société médicale des hôpitaux sur un cas de paralysie arsenicale qu'il venait d'observer.

Une petite fille de 7 ans, entrée dans son service pour une chorée intense, fut soumise par ce distingué médecin à une cure par l'arsenic. En onze jours l'enfant prit environ *vingt-quatre centigrammes* d'acide arsénieux. Vers le sixième jour elle fut atteinte de vomissements et d'un état gastrique de moyenne intensité qui ne l'empêcha pas de quitter l'hôpital, guérie de sa chorée. Cinq semaines plus tard, ses parents la ramènent avec une paralysie des membres inférieurs qui avait commencé *quarante jours* après la dernière prise d'arsenic, et qui heureusement guérit assez rapidement.

A cette occasion, plusieurs membres de la Société rapportèrent des cas plus ou moins analogues, qui prouvèrent combien on doit être prudent et circonspect dans l'administration d'un remède dont les effets toxiques peuvent se produire à si longue échéance.

De son côté, dans la séance du 21 juillet, M. le Dr Lancereaux fit une très intéressante communication à l'Académie de médecine, sur la paralysie arsenicale, la fièvre

arsenicale et les dangers de la médication par l'arsenic.

A côté de la classe des paralysies purement dynamiques (1) (hystérie, etc.), et de celle des paralysies liées à un désordre matériel des centres céphalo-rachidiens (hémorrhagie, ramollissement, tumeurs, etc.). M. Lancereaux admet une classe de paralysies que leur origine chimique lui fait dénommer *paralysies toxiques*. Ces paralysies, dit-il « que des médecins peu soucieux des notions étiologiques ont désignées sous le nom de *paralysies périphériques*, ont une physionomie particulière et des caractères propres ».

Quels sont donc ces caractères ?

1° Une localisation spéciale aux cordons nerveux des extrémités des membres, de préférence à ceux qui animent les muscles extenseurs. Les nerfs optiques, phréniques et pneumogastriques sont exceptionnellement atteints ;

2° Atrophie des muscles affectés ; contractibilité électrique diminuée ou abolie; attitude semi-fléchie des mem-

(1) Plus la science médicale progresse, plus on abandonne, je crois, les hypothèses dynamiques des manifestations morbides. On ne peut donc qu'applaudir à ces paroles du professeur Pierret, récemment prononcées : « Tout est toxique dans cette prodigieuse accumulation de symptômes dont beaucoup feraient de véritables maladies. Toxiques le mal de tête et les troubles de la pensée, les défaillances morales, les délires et les démences. Toxiques aussi les parésies, les spasmes tétaniformes, épileptiformes, hystériformes même, en sorte que l'étude de l'urémie est la meilleure, la plus sûre de toutes les voies pour arriver à serrer de près tout ce qui reste encore debout dans le vieux cadre des névroses, et pour aborder le réduit où sont acculées les psychoses. »

bres, résultant de la prédominance de l'altération des muscles extenseurs;

3° Symétrie à peu près parfaite, en dehors des cas d'intoxication locale, aussi bien aux membres supérieurs, lorsqu'ils sont atteints, qu'aux membres inférieurs;

4° Marche ascendante qui, des extrémités, gagne la racine des membres et le tronc, ce qui fait que ces paralysies pourraient aussi bien être dénommées *paralysies ascendantes* que *paralysies toxiques*;

5° Concomitances de désordres : *a*) subjectifs de la sensibilité générale, précédant d'ordinaire le trouble moteur et, comme lui, parfaitement symétriques et localisés de préférence aux extrémités des membres, où ils se manifestent par des sensations d'engourdisssement, de picotements, de fourmillements, d'élancements et de brûlure ; *b*) objectifs et symétriques de la sensibilité générale également localisés aux membres, avec intégrité presque constante de la sensibilité spéciale, lesquels se traduisent par l'exaltation ou la diminution de cette fonction, suivant la nature de la substance toxique; *c*) troubles vaso-moteurs ou trophiques, également symétriques avec maximum d'intensité aux extrémités des membres inférieurs, plus rarement aux membres supérieurs.

A l'appui de cette description M. Lancereaux communiqua à l'Académie deux observations présentant un double intérêt, la paralysie arsenicale et la fièvre arsenicale :

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, jusque-là bien portante, à part *quelques vomissements* et de vagues douleurs, qui prit le lit vers le 10 février. Jusqu'à la fin de mars la température oscilla entre 38° ou 38°5 le matin et 39° ou 39°5 le soir. Le pouls battait de 100 à 130

par minute, le teint était frais, mais la jeune fille dépérissait tout en continuant à s'alimenter.

Les digestions n'étaient pas mauvaises, il y avait rarement de la diarrhée, mais parfois des vomissements glaireux avec efforts.

Appelé en consultation par le médecin traitant, M. Lancereaux pensa comme son confrère que la maladie devait être une fièvre typhoïde.

On était alors à la fin de mars. L'enfant se plaignait depuis plusieurs jours de sensations d'engourdissement aux extrémités des doigts de pieds, M. Lancereaux pensa qu'on se trouvait au début d'une paralysie d'origine typhique.

La fièvre, au lieu de céder, reprit après une légère rémission de quelques jours; les pieds étaient de plus en plus douloureux et difficiles à mouvoir, et vers le soir, au moment de l'exacerbation fébrile, la jeune malade, qui depuis plusieurs jours ne pouvait plus sortir du lit, éprouvait aux extrémités des membres des sensations de doigts morts, engourdis, et sous les ongles épaissis des pieds, des fourmillements, de la brûlure, ou encore un sentiment de déchirure.

Appelé de nouveau, l'inspection des membres inférieurs mit M. Lancereaux sur la voie du diagnostic. Ceux-ci, en effet, se faisaient remarquer par l'attitude semi-fléchie des jambes sur les cuisses et l'impossibilité de les étendre entièrement à cause de la rétraction des tendons qui limitent le creux du jarret. Les doigts offraient un léger degré de flexion, notamment le gros orteil droit; il en était de même des pieds qui avaient présenté, à plusieurs reprises, de l'œdème, et dont les ongles étaient épaissis, ternes, cassants et allongés. Les muscles extenseurs des

jambes sur les cuisses, ceux des pieds sur les jambes, et des orteils sur les pieds étaient manifestement paralysés et atrophiés.

L'enfant ne pouvait étendre entièrement ni ses orteils, ni ses jambes, en sorte qu'il n'y avait aucun doute sur l'existence d'une paralysie avec atrophie, intéressant de préférence les muscles extenseurs des membres inférieurs. Les réflexes patellaires étaient abolis, les réflexes plantaires amoindris. La sensibilité à la douleur, diminuée, du moins au niveau des pieds, redevenait à peu près normale au-dessus des malléoles ; les sensations d'engourdissement et de brûlure persistaient, le sommeil était nul et il y avait toujours des cauchemars.

Les membres supérieurs, faibles et amaigris, n'offraient, à part quelques élancements dans leur continuité, aucun trouble appréciable du mouvement ou de la sensibilité ; le cœur, les poumons et les reins fonctionnaient normalement. L'appétit était nul ; il y avait du dégoût pour les aliments et, malgré l'absence de diarrhée, chaque nouveau jour voyait le dépérissement s'accroître et la mort était proche.

Dans cette situation un fait paraissait acquis ; il s'agissait sûrement d'une *paralysie toxique*. Il était facile d'éliminer la paralysie alcoolique, tant à cause des conditions de vie de la jeune malade que de l'absence d'exagération du réflexe plantaire, d'hyperalgésie aux extrémités, de rêves terrifiants et de pituites matinales.

C'est alors qu'en cherchant les substances susceptibles d'engendrer la paralysie, on vint à dire que l'enfant, atteinte autrefois d'un *psoriasis généralié*, avait fait usage d'arsenic pendant près de trois ans, sur les conseils d'un spécialiste.

Dès lors le diagnostic s'imposait, et sous l'influence du régime lacté, d'un traitement hydrothérapique et électrique, l'amélioration fit des progrès rapides, mais la guérison n'est pas encore complète.

La seconde observation est analogue, je ne la résumerai pas avec autant de détails. J'y relèverai seulement un phénomène intéressant. La malade qui fait le sujet de cette observation vit survenir, après la cessation de l'usage de l'arsenic, des démangeaisons intolérables, puis un érythème des plus manifestes au niveau de la paume de la main et de la plante des pieds. Accompagné d'une légère tuméfaction, cet érythème offrait une teinte écarlate, plus accusée vers les extrémités des doigts et des orteils. Cette éruption fut suivie d'une desquamation totale des parties affectées.

Les observations de paralysie arsenicale sont monnaie courante ; Escallier, Imbert-Gourbeyre en ont publié un grand nombre de cas dans l'*Art médical*, mais M. Lancereaux dit qu'il n'a jamais vu de cas de fièvre arsenicale, et n'en a pas trouvé dans les travaux de notre cher maître Imbert-Gourbeyre. Je pense que le professeur de matière médicale de Clermont-Ferrand voudra bien nous éclairer là-dessus. Sa verte vieillesse ne l'empêche pas de suivre avec intérêt les travaux contemporains, et chacun sait que personne au monde ne possède l'arsenic comme lui (1).

(1) Pris à court pour rédiger cet article, je m'en étais rapporté à M. Lancereaux qui affirme dans son discours académique qu'il n'a pas trouvé d'observation de fièvre déterminée par l'arsenic. Or M. Imbert-Gourbeyre, qu'il cite particulièrement, a publié dans l'*Art Médical* en 1865, un travail intitulé : ***Mémoire sur l'arsenic fébrigène***. Dans ce mémoire, notre savant ami énumère un assez grand nombre d'observations de fièvres intermittentes et de fièvres continues causées par l'arsenic. Mais il est probable que M. Lancereaux ne connaît pas l'*Art Médical*.

Mais en attendant il est bon de conclure comme l'ont fait MM. Comby et Lancereaux, qu'un médicament dont les effets toxiques sont si graves et peuvent se produire à si longue échéance, est un médicament qu'il faut employer avec prudence. De plus, il faut sans se décourager montrer combien Hahnemann a merveilleusement fait ses pathogénésies. Voilà cent ans que sa matière médicale indique pour l'arsenic :

N° 738. Paralysie des jambes.

N° 739. Paralysie, contracture.

N° 743. Paralysie des membres inférieurs.

N° 744. Paralysie, il ne pouvait plus marcher.

N° 745. Paralysie des membres supérieurs, avec perte de sentiment.

Et encore à propos de la peau : *Peau sèche comme du parchemin, élancements, prurit brûlant à la peau. Taches rougeâtres à la peau. Desquamation de la peau du corps.*

C'est ce qu'on appelle, dans l'école officielle, les rêveries des homœopathes illuminés.

Dr J.-P. Tessier.

ÉTIOLOGIE

De la non-transmission de la tuberculose par les poussières de crachats desséchés

Quand un homme ne jouit pas, soit par son grand talent, soit par son titre d'académicien ou de professeur, d'une autorité incontestée, il lui est extrêmement difficile de vulgariser une vérité et cette difficulté devient presque une impossibilité quand il s'agit d'une vérité presque uni-

versellement contestée. C'est le cas aujourd'hui de la non-transmissibilité de la tuberculose et, pour moi, je ne vois qu'un moyen de redresser une erreur aussi généralement répandue que celle de la contagion de la phtisie, c'est de revenir sans cesse sur cette question et de la représenter au public médical sous tous ses aspects.

Dans un des récents numéros de l'*Art médical*, nous avons démontré, à l'aide des observations que nous avons trouvées dans la presse médicale, que l'inoculation de la tuberculose chez l'homme déterminait habituellement un accident purement local et qu'elle ne se généralisait que chez les tuberculeux de race. Aujourd'hui, nous abordons des faits d'une beaucoup plus grande importance et qui constituent, à vrai dire, l'argument principal de l'école contagionniste. On reconnaît généralement aujourd'hui que la transmission par le lait et la viande, si même elle doit être admise, joue un rôle bien minime dans la propagation de la tuberculose; mais la contagion par la respiration des poussières, des matières tuberculeuses desséchées est généralement acceptée comme extrêmement fréquente et elle reste, pour les contagionnistes, la cause indiscutable de la multiplicité de la phtisie dans l'armée, les prisons, les hôpitaux, les ateliers, les grandes villes, en un mot dans toutes les agglomérations humaines.

Et cependant, l'étude de l'expérimentation sur les animaux, comme les enquêtes rigoureuses sur l'hygiène des grandes agglomérations d'hommes, démontrent que les poussières tuberculeuses n'ont jamais transmis la tuberculose!

Avant de commencer l'exposition de cette thèse qui, je le prévois, suscitera une résistance passionnée, je tiens à faire deux déclarations : la première, c'est que je recon-

nais avec tous les bactériologistes et je dirai même avec tous les médecins, l'extrême virulence de la poussière de matière tuberculeuse desséchée, j'admets avec tous les savants que cette poussière insufflée dans la trachée, ou inoculée dans le tissu cellulaire, détermine presque infailliblement l'éclosion de la tuberculose chez les animaux en expérimentation.

Mais à côté de ces vérités de laboratoire, je soutiens, et c'est là ma thèse, que dans la vie ordinaire la poussière tuberculeuse ne pénètre dans les poumons ni chez l'homme ni chez les animaux et que, par conséquent, elle ne transmet pas la phtisie.

Il est encore une considération, celle-ci purement d'ordre moral, mais qui a sa grande valeur, parce qu'elle est la source du préjugé inconscient qui entraîne les médecins à la croyance de la contagion de la phtisie ; cette considération est celle qui fait de la tuberculose une maladie de nature purement et absolument bacillaire. Le professeur Straus résume bien cet état des esprits. A la page 465 de son livre, il s'exprime en ces termes :

« Depuis que nous savons que la tuberculose est due à un bacille, il n'est pas douteux que la maladie ne naisse constamment par le fait d'une infection extérieure, d'une contagion. »

Je dis que quand on part en guerre à cheval sur un semblable *dada*, on est dans la meilleure condition pour ne voir dans les faits que ce qui est conforme à ce point de départ, et que tout ce qui le contrarie passe inaperçu ou, ce qui revient au même, devient l'objet d'une négation ou d'une explication plus ou moins fantaisiste.

Maintenant, entrons en matière.

I. Faits d'expérimentation. — 1° *Action des poussières sèches.* — La première expérimentation qui ait attiré mon attention sur la non-transmission de la tuberculose par la respiration des poussières des crachats desséchés est celle de MM. Cadeac et Malet rapportée au congrès de la tuberculose de 1888, page 316.

Dans une première expérience, après avoir pulvérisé finement des crachats desséchés ou des portions de poumons de vaches tuberculeuses soumis à la dessiccation à l'air libre, on a disséminé plusieurs litres de ces poussières tuberculeuses dans des caisses hermétiquement fermées, en ayant soin de tenir ces poussières constamment suspendues dans l'intérieur des caisses par un double courant d'air. 4 lapins, 4 cobayes maintenus dans une caisse semblable, une heure chaque jour, du 4 avril au 7 mai, sont restés absolument indemnes. L'autopsie, pratiquée six mois après, a prouvé qu'ils étaient entièrement sains. Dans une deuxième expérience, 8 lapins, 8 cobayes soumis aux mêmes conditions, présentent les mêmes résultats négatifs à l'exception d'un lapin et d'un cobaye chez lesquels on avait déterminé une *bronchite expérimentale* et qui sont devenus tuberculeux.

Dans une troisième expérience, 12 lapins et 10 cobayes, en bonne santé, renfermés dans ces mêmes caisses pendant un mois, une heure chaque jour, sont restés absolument indemnes.

En résumé, sur 46 animaux soumis à ces inhalations, 2 seulement, dont les voies respiratoires étaient irritées artificiellement, sont devenus tuberculeux. (Congrès de la tub., 1888, p. 294.)

L'ouvrage de M. Straus publié l'année dernière donne un grand nombre d'expérimentations, sur des animaux

exposés à respirer des matières tuberculeuses desséchées.

C'est d'abord Santi-Sirena et Pernice qui, dans une série d'expérimentations, n'ont obtenu que des résultats négatifs en faisant respirer aux animaux des poussières desséchées.

Celli et Guarnieri obtinrent des résultats identiques avec la poussière sèche et par contre ils obtinrent la transmission de la tuberculose en pulvérisant les mêmes matières dissoutes dans de l'eau.

Nous reviendrons sur ce point.

Baumgarten avait recueilli sur des cotons la poussière tuberculeuse répandue dans l'air, et il n'eut des résultats que négatifs, d'où il conclut que la cause de la contagion ne doit jamais ou presque jamais résider dans l'air.

2° *Action des poussières humides en pulvérisation.* — Nous venons de voir que les poussières sèches tuberculeuses répandues dans l'air ne transmettent pas la tuberculose. Nous allons rapporter maintenant un certain nombre de faits qui démontrent que ces mêmes poussières suspendues dans l'eau et répandues dans l'air à l'aide d'un pulvérisateur transmettent presque fatalement la phtisie.

C'est d'abord l'expérience de Tappeiner sur 11 chiens, 10 devinrent phtisiques en respirant des crachats délayés dans l'eau et pulvérisés.

Bertheau obtint les mêmes effets positifs sur 3 chiens et une chèvre par l'inhalation d'eau pulvérisée contenant des crachats de phtisiques.

Weichelsbaum : 11 chiens; 11 effets positifs.

Nous avons vu que Celli et Guarnieri, qui n'avaient eu que des résultats négatifs avec la poussière sèche, obtinrent des effets positifs par la même poussière délayée dans l'eau.

Thaon : résultat positif avec les inhalations humides.

Preyss, avec de l'eau contenant seulement un millième de milligramme de crachats (environ 40 bacilles), obtint des résultats positifs.

De ces faits découle logiquement un résultat bien inattendu : la poussière tuberculeuse donne des résultats négatifs dans la généralité des expérimentations.

Au contraire, les crachats dissous dans l'eau et pulvérisés donnent habituellement des résultats positifs. D'où il résulterait que la poussière tuberculeuse empruntée au pus et aux crachats desséchés est incapable de transmettre la maladie; résultat expérimental absolument contraire à l'opinion régnante sur la propogation de la phtisie et sur les moyens à employer pour empêcher cette propagation.

Nous savons d'un autre côté que l'air auquel on fait traverser les crachats tuberculeux non desséchés ne transmet pas la tuberculose. Pour que la transmission ait lieu, il faut que les matières tuberculeuses soient intimement mélangées dans un liquide et pulvérisées. Or cette condition n'est qu'*un procédé de laboratoire* et ne se rencontre pas dans les conditions habituelles de la vie.

II. Faits cliniques. — La prophylaxie basée sur la suppression des poussières tuberculeuses et tous les autres moyens inhérents à cette méthode hygiénique n'ont pu diminuer la mortalité par tuberculose ni dans l'armée ni dans les prisons. De plus, la mortalité des infirmiers et des médecins qui soignent des phtisiques n'est qu'*une légende* comme nous allons le démontrer.

Voici les renseignements contenus dans le livre de Straus à la page 461 et suivantes : La mortalité par tuberculose dans la population libre serait de 23,78 p. 100.

Dans les prisons où les détenus vivent en communauté, la mortalité serait de 45, 82 p. 100 chez les hommes et de 49, 33 p. 100 chez les femmes.

Des détenus des prisons cellulaires qui ne sont cependant pas exposés à la contagion donneraient malgré la désinfection la plus rigoureuse des cellules et des vêtements l'énorme mortalité de 66 et 74 p. 100, résultat en rapport avec la dépression du moral mais en désaccord complet avec les doctrines contagionnistes.

D'après Laveran, la mortalité chez les infirmiers militaires serait de 4 p. 1000 au lieu de 2 p. 1000 dans le reste de l'armée. Mais ce médecin n'a pas distingué la mortalité par phtisie de la mortalité par d'autres maladies. Le Dr Kelsch contredit absolument ce résultat : « Un fait qui est encore contraire à la théorie unique de la contagion,c'est que nos infirmiers comptent parmi les corps les moins éprouvés par la tuberculose. » (Académie de médecine, 31 mars 1896, et *Semaine médicale*, p. 144, année 1896.)

Lombard affirme la rareté de la phtisie chez les infirmiers à Genève, Paris, Vienne et Hambourg.

Les religieuses de Villepinte m'ont affirmé n'avoir jamais observé un cas de contagion chez les sœurs affectées aux infirmeries de phtisiques.

La même immunité a été constatée à Argelès, à Falkestein, à Gorbesdorf et à Davos.

A Brompton Hospital, spécial pour les phtisiques, de 1846 à 1882, parmi les infirmiers et infirmières,il ne s'est présenté qu'un seul décès par phtisie et cependant quelques-uns de ces employés ont séjourné dans l'hôpital 10, 15 et 24 ans.

Sur un total de 150 internes,8 devinrent phtisiques plus

ou moins longtemps après avoir quitté l'hôpital. Un seul fut pris à l'hôpital même. Aucun des médecins n'a été atteint.

Ajoutons que l'hôpital de Brompton a été jusqu'en 1877 dans des conditions hygiéniques très défectueuses et qu'on a commencé seulement en 1882 la désinfection des crachoirs. (*Bulletin de l'Académie*, tome 21, p. 524.)

Quant à la fréquence de la phtisie dans les armées, elle est, malgré les précautions les plus rigoureuses, en progrès continu. Le livre de Straus contient plusieurs affirmations dans ce sens. Depuis les mesures hygiéniques les plus strictement aseptiques introduites dans l'armée, la phthisie y a augmenté (Strauss, p. 479). Le Dr Kelsch dans la communication déjà citée s'exprime en ces termes : « Si l'on considère, en effet, que les soldats tuberculeux sont éliminés des rangs au premier soupçon de leur affection, que leurs effets d'habillement et de literie sont soumis à la vapeur sous pression, les casernes méthodiquement et périodiquement désinfectées, les sécrétions virulentes détruites au fur et à mesure de leur émission, et que pourtant l'endémie s'accroît d'année en année, chez nous comme dans les autres armées, notamment dans l'armée allemande, il est permis de penser que la fréquence de la tuberculose n'est pas fonction exclusive de la dissémination des germes par la poussière et qu'il y a lieu d'admettre d'autres genres de propagation que la contagion. » (*Loco citato.*)

Nous avions donc raison d'appeler *légende* ces opinions toutes faites, ces préjugés qui égarent l'opinion des médecins sur une question aussi importante que celle de la transmission de la tuberculose.

Ce vice de raisonnement a été de tout temps un obstacle puissant au triomphe des vérités scientifiques. Ce sont ces partis pris qui engendrent de temps à autre en médecine ces courants d'erreur qu'il est si difficile de détruire. Les esprits se montent, on ne voit plus les faits, on *croit* au lieu d'étudier et l'on se laisse conduire par un préjugé.

Nous rappellerons à l'appui de notre thèse, mais sans entrer dans les détails qu'on trouvera dans nos publications antérieures, les faits de non-contagion entre époux. Aujourd'hui les faits que nous avons recueillis s'élèvent à 115. Sur ces 115 cas, 110 fois un seul des conjoints a été atteint. Cinq fois le mari et la femme sont morts tuberculeux, mais dans deux cas les uns et les autres étaient de souche tuberculeuse. Resteraient donc trois cas dans lesquels on pourrait invoquer la contagion.

En terminant cette enquête sur la non-contagion de la tuberculose, nous voulons appeler tout spécialement l'attention de nos confrères sur la non-transmission de la maladie par les poussières de crachats desséchés. Ce mode de transmission est certainement celui qui compte le plus de partisans et qui a donné lieu aux mesures les plus minutieuses. Nous avons vu que la réglementation hygiénique basée sur cette opinion médicale a eu des résultats absolument nuls. Nous avions vu avant qu'il n'était pas possible de rendre les animaux tuberculeux en les soumettant à l'inhalation libre de poussières de crachats. Ce qui nous permet de maintenir nos conclusions précédentes : *La tuberculose n'est contagieuse que par les procédés de laboratoire.*

Dr P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

LES MÉDICATIONS OFFENSIVES DE LA PNEUMONIE

M. Talamon publie sous ce titre un article dans la *Médecine moderne* (24 juin), article qui est comme le complément de ceux que nous avons insérés dans nos deux numéros précédents sur le vésicatoire. Nous croyons devoir le reproduire; sa voix produira plus d'effet que la nôtre pour parfaire la critique de ce moyen thérapeutique.

« Juguler la maladie », suivant l'expression consacrée, a toujours été la prétention de toutes les médications plus ou moins actives dirigées contre la pneumonie. Je ne blâme pas la prétention; elle est très louable et reste l'objectif de nos efforts et de nos recherches. Mais, pour la justifier, il nous faut d'autres résultats que ceux qu'on nous fournit. La pneumonie étant une affection qui, dans les deux tiers des cas, se « jugule » d'elle-même en 5 ou 6 jours, et les médications les plus vantées demandant au moins ce laps de temps pour produire la jugulation, je ne vois pas trop ce qui reste à leur actif. Le troisième tiers, dira-t-on. Non, car ce troisième tiers comprend les décès et les cas qui se prolongent en dépit de toute médication, jugulante ou autre.

Ces méthodes de traitement offensives ou énergiques se divisent en deux groupes :

1° Celles qui, dans l'idée de leur auteur, visent la maladie même;

2° Celles qui s'attaquent à quelqu'un de ses effets ou de ses symptômes les plus saillants.

A. — La saignée, l'émétique et le vésicatoire

Pour les médecins de la première moitié de ce siècle, la saignée, l'émétique et le vésicatoire représentaient la trinité thérapeutique hors de laquelle il n'y avait pas de salut. On pouvait discuter le nombre des saignées, la quantité de l'émétique, la largeur du vésicatoire; mais nul n'aurait osé s'élever contre le dogme même, sous peine d'être traité d'*hérétique* de la médecine (Laënnec). Que reste-t-il aujourd'hui de cette médication héroïque?

1° *La saignée.* — Je ne discuterai pas longtemps l'utilité ou les inconvénients de la saignée. A quoi bon revenir sur des discussions épuisées? Personne ne saigne plus aujourd'hui les pneumoniques. Les médecins les plus respectueux de la tradition osent à peine conseiller timidement la saignée dans les cas de pneumonie sthénique avec phénomènes de congestion intense, chez des sujets vigoureux ou pléthoriques. Et encore n'autorisent-ils qu'une saignée de 300 ou 400 grammes. Comprise ainsi, la saignée n'est plus une méthode de traitement, c'est un simple moyen de modifier certains symptômes dont on peut aussi bien triompher par d'autres procédés.

A une époque où l'on croyait devoir chercher des arguments contre la saignée, on a dit que, physiologiquement, les émissions sanguines ont pour effet, en diminuant le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine, d'affaiblir le pouvoir d'absorption du sang pour l'oxygène et, par conséquent, de faciliter l'asphyxie; qu'elles favorisent la dégénérescence graisseuse des tissus et en particulier des muscles; qu'en débilitant les pneumoniques elles augmentent les chances du passage à l'hépatisation grise; qu'enfin elles prolongent démesurément la convalescence.

En réalité, si la saignée a été abandonnée, c'est pour des raisons moins compliquées. C'est parce que le thermomètre nous a démontré que la saignée n'a aucune action sur l'évolution de la pneumonie ; c'est parce qu'il est impossible de comprendre qu'elle pourrait être cette action ; c'est enfin, comme je l'ai dit, que la simple inspection des malades que nous avons aujourd'hui à traiter ne nous permet pas l'idée d'une saignée, qui semblerait un vrai assassinat dans les conditions d'appauvrissement et d'épuisement général où se présente à nous l'immense majorité des pneumoniques.

Quant à ceux qui, probablement par respect de la tradition, croient devoir conserver la saignée comme méthode possible de traitement chez les sujets vigoureux, j'avoue que je ne les comprends pas. Qu'ils soient vigoureux ou non, nous ne saignons plus les rhumatisants, les typhiques, les érysipélateux. Pourquoi réserver aux pneumoniques ce procédé barbare d'un autre âge ?

2° *L'émétique*. — Je ne serai pas moins radical pour le tartre stibié. Je ne parle pas de la méthode de Rasori, qui n'est plus qu'un souvenir historique, ni de la méthode mitigée de Laënnec, qui, au lieu de 4, 8 et 12 grammes, ne donnait déjà plus que 1 gr. 50 d'émétique par jour. Mais, même réduit aux proportions indiquées par Grisolle. conservées par Trousseau et préconisées encore de nos jours par quelques-uns, l'emploi du tartre stibié me paraît absolument à rejeter.

Provoquer, sous prétexte de guérir la maladie, une diarrhée profuse et des vomissements, que nous regardons comme une complication fâcheuse quand ils sont le fait de la maladie même, c'est une idée déjà passablement étrange. Mais continuer ensuite l'empoisonnement stibié,

en le déguisant sous le nom de tolérance, jusqu'à exposer le malade à la prostration nerveuse, au collapsus cardiaque et à l'adynamie générale, quand ces accidents sont précisément les dangers les plus redoutables qui menacent le pneumonique, cela me semble un acte de folie thérapeutique qu'une foi aveugle et irraisonnée peut seule expliquer, mais que ne justifient ni la prétendue action résolutive du tartre stibié, ni les statistiques plus ou moins heureuses et toujours passibles des mêmes objections quand il s'agit de la pneumonie et de son traitement.

Même à la dose de 30 centigrammes par jour, qui est la dose maxima à laquelle les partisans de l'émétique ont finit par réduire les quantités colossales que donnait Rasori, le tartre stibié est un toxique hyposthénisant des plus dangereux. Je ne sais s'il anesthésie les extrémités du pneumogastrique ou s'il favorise l'absorption interstitielle, s'il décongestionne le poumon ou s'il résout l'hépatisation. Ce qui est certain, c'est qu'il irrite et enflamme jusqu'à la formation de pustules et d'ulcérations la muqueuse digestive, c'est qu'il épuise le malade par des évacuations profuses, c'est qu'il anéantit les forces jusqu'à l'adynamie, c'est qu'il produit la défaillance du cœur qu'il déprime jusqu'au collapsus et à la syncope.

Un pareil médicament ne saurait donc dans tous les cas être prescrit qu'à des sujets vigoureux atteints de pneumonies qui, nous le savons, ont toutes les chances de guérir par l'expectation pure et simple. C'est bien en effet ce que disent les derniers adeptes de la médication stibiée. Mais, dans ces conditions, pourquoi diminuer les chances de guérison en compliquant la maladie des effets d'un empoisonnement ?

3° *Le vésicatoire.* — Si la saignée et l'émétique n'ont

plus que de timides et bien rares partisans, le vésicatoire a résisté à toutes les attaques et survécu à toutes les théories. Il a diminué sans doute ses prétentions et ses dimensions ; il ne s'étale plus en placards de 20 à 25 centimètres de longueur sur 14 à 15 centimètres de largeur, comme le voulait Grisolle ; il s'est fait tout petit ; on le camphre, on le laisse en place le moins possible, mais il n'en reste pas moins le tyran redouté dont on n'ose secouer le joug.

Et, cependant, ce n'est pas d'hier que l'utilité du vésicatoire est contestée. Rasori et Laënnec le tenaient déjà en médiocre estime, et le sage Louis lui-même déclare que les avantages qu'on en peut retirer ne sont pas rigoureusement démontrés ni même probables dans le traitement des phlegmasies thoraciques. Il n'y a qu'à lire les pages que consacre Grisolle au vésicatoire dans son *Traité de la pneumonie* pour voir qu'au fond il est de l'avis de Louis. Sur 38 malades traités par les vésicatoires, il n'a vu que 3 fois les symptômes s'amender à la suite de l'emploi de ce révulsif, et encore, déclare-t-il, il n'est pas certain qu'on doive rapporter au vésicatoire cet amendement local et général. Il ajoute qu'il est d'ailleurs démontré que les vésicatoires n'abrègent pas la durée de la maladie et il en arrive à se demander si l'on n'en obtiendrait pas des effets plus avantageux en les appliquant aux extrémités inférieures. Hâtons-nous de dire qu'il répond par la négative à cette insidieuse question.

Il semble que la conclusion à tirer de ces observations devrait être la condamnation du vésicatoire. Telle est cependant la force du préjugé que Grisolle conclut au contraire en recommandant de n'appliquer que des emplâtres vésicants ayant au moins 20 centimètres carrés.

Qu'on s'étonne après cela que le vésicatoire ait survécu

à toutes les vicissitudes de la thérapeutique de la pneumonie. Il faut dire, à la décharge des médecins, que cet agent joue dans la clientèle de la ville un rôle diplomatique des plus importants. C'est d'abord une façon de satisfaire l'entourage du malade, qui réclame avant tout un traitement « énergique ». C'est ensuite, pour nombre de praticiens, une manière d'affirmer aux yeux de tous le diagnostic de la lésion pulmonaire. C'est enfin la mise à couvert de la responsabilité en cas d'issue funeste de la maladie; on n'a rien à reprocher au médecin et tout a été tenté, puisque le vésicatoire, « espoir suprême et suprême pensée », a été appliqué.

Ces considérations extrinsèques expliquent mais ne justifient guère la vogue persistante du vésicatoire. On n'est même pas d'accord sur le moment où il convient de l'appliquer. Les uns l'emploient au début de la pneumonie, pour combattre la congestion; les autres à la fin, pour hâter la résolution; la plupart, probablement dans le doute où les laissent les arguments de ceux-ci et de ceux-là, l'appliquent et le répètent à tous les moments de la maladie.

En réalité, comme l'a si bien dit Grisolle, le vésicatoire n'a aucune action, ni sur la marche, ni sur la durée de la pneumonie. Il ne modifie pas plus l'engouement initial qu'il ne hâte la résolution finale. Il calme parfois le point de côté en substituant une douleur à une autre, et c'est tout. Quelle autre action pourrait-il avoir? Les plus sages se contentent d'invoquer l'action réflexe à distance s'exerçant sur la circulation. Cette explication est commode, en ce sens que les partisans du vésicatoire au début pensent que cette action réflexe s'exerce sur les vaso-constricteurs, — d'où diminution de l'afflux sanguin, qui li-

mite la congestion, — et que les partisans du vésicatoire à la fin sont convaincus qu'elle porte sur les vaso-dilatateurs, — d'où accélération du courant sanguin qui facilite la résorption. — D'autres avec Gendrin, supposent une action directement stimulante de la cantharide sur les vaisseaux. Mais cette action excitante est-elle favorable ou non? Pour vérifier ce point, nous avons traité deux cas de pneumonie par des *injections sous-cutanées de cantharidate de potasse* à la dose d'un à deux dixièmes de milligramme. Dans le premier cas, dès la deuxième injection, la pneumonie, qui semblait limitée à la base du poumon droit, a fusé avec rapidité jusqu'au sommet. Dans le second, au bout de trois à quatre jours, la pneumonie s'est compliquée d'une pleurésie fibrino-séreuse avec épanchement très abondant qu'il a fallu ponctionner huit jours après la défervescence. Je ne sais s'il faut rendre la cantharide responsable de ces modifications observées dans la marche de la maladie. Mais, à coup sûr, on ne peut dire, au moins pour ces deux cas, que son action excitante s'est produite dans un sens favorable.

Scientifiquement le vésicatoire n'a aucune raison d'être dans le traitement de la pneumonie. Ses inconvénients seuls sont établis d'une manière incontestable; il ajoute à l'agitation et aux souffrances qui tourmentent déjà le malade; il augmente l'albuminurie pneumonique; il provoque la cystalgie et la cystite; il détermine souvent des accidents cutanés, suppuration, ulcérations persistantes, poussées furonculeuses, qui viennent compliquer et allonger la convalescence. On continuera cependant longtemps encore à le prescrire et à l'appliquer, parce qu'il répond à une indication difficile à éluder dans la pratique : satisfaire aux préjugés populaires.

B. — La digitale et les bains froids

La saignée et l'émétique ont été remplacés de nos jours par deux autres médications, la digitale à haute dose et les bains froids, dont la valeur nous paraît aussi contestable et les dangers aussi prononcés. Le nom de l'ennemi à combattre a changé; les anciens l'appelaient phlogose ou stimulus, aujourd'hui on l'appelle fièvre ou hyperthermie ; au fond c'est toujours le même que visent les deux genres de médication, et, quand on croit guérir la pneumonie en abaissant la température, on ne raisonne pas autrement que faisaient Bouillaud et Rasori quand ils prétendaient juguler la pneumonie, l'un en faisant disparaître la couenne inflammatoire, l'autre en contre-stimulant ses malades jusqu'à la prostration. La question est de savoir si on raisonne plus juste. Certainement l'élévation de la température est un phénomène sérieux de la maladie mais s'attacher uniquement à combattre ce symptôme et exposer de ce fait le malade à des accidents graves est aussi irrationnel que de l'épuiser par des saignées répétées ou par l'empoisonnement stibié.

1° *La digitale.* — Rasori avait déjà administré la digitale à haute dose dans la pneumonie ; il l'employait comme contre-stimulant au même titre que l'émétique, qu'il finit cependant par lui préférer. C'est l'étude thermométrique de la pneumonie qui remit ce médicament en honneur, avec Wunderlich et Traube, qui reconnurent sa propriété d'abaisser la température et de ralentir le pouls. Hirtz, de Strasbourg, préconisa avec ardeur son emploi dans la pneumonie. Il ordonnait pendant plusieurs jours de suite 1 gramme à 1 gr. 50 de poudre de feuilles de digitale en infusion, à prendre en deux ou trois fois



dans la journée. Mais, les brillants résultats qu'il déclarait obtenir n'ayant pas été vérifiés par d'autres observateurs, l'emploi systématique de la digitale à haute dose n'avait guère trouvé de partisans, quand Petrescu, de Bucarest, est venu, dans ces dernières années annoncer des succès si extraordinaires dus à ce médicament, administré à des doses encore plus élevées, que l'attention a été de nouveau attirée sur la prétendue action spécifique de la digitale contre la pneumonie.

Petrescu donne la digitale à la dose de 8 à 12 grammes de feuilles en infusion dans 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop, par cuillerée à soupe toutes les demi-heures, et il continue ces doses massives pendant trois ou quatre jours. Il déclare n'avoir jamais observé le moindre accident d'intoxication. La température tombe, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, à 36° et le pouls à 28 ou 30 pulsations. En quatre ou cinq jours, les signes physiques de la pneumonie disparaissent et le malade, presque sans convalescence, revient à l'état de sánté. Petrescu a traité ainsi plus de mille cas de pneumonie et la mortalité a été réduite à 2 p. 100.

Que faut-il penser de ces résultats, que je qualifierai de fantastiques ? — Le médecin de Bucarest est-il tombé sur une série particulièrement favorable de pneumonies bénignes ? L'étendue de la statistique, qui porte sur plus de dix années, n'autorise guère cette supposition. — Faut-il croire que la gravité de la pneumonie en Roumanie diffère à ce point de celle qu'on lui connaît dans les autres pays ? Ce n'est guère vraisemblable. — Ou bien doit-on chercher une explication dans le milieu spécial où exerce Petrescu, ses malades étant des soldats de la garnison de Bucarest, c'est-à-dire des jeunes gens de 20 à 25 ans ? —

Resterait encore à expliquer la tolérance si remarquable de ces sujets à la digitale. Nous savons bien, par les observations de Hirtz, que les fortes doses de digitale sont bien supportées dans les maladies fébriles, mais 12 grammes de feuilles par vingt-quatre heures !...

Les succès de Petrescu ne paraissent pas avoir convaincu le monde médical. Son premier travail date de 1888, et le nombre de ses imitateurs est encore bien restreint. Fikl, Zoubkowky, Bloch, Hoepfel, ont cependant obtenu des résultats qui concordent jusqu'à un certain point avec ceux de Petrescu. Ils n'ont pas toutefois osé prescrire les doses formidables de digitale employées à Bucarest. Au lieu de 6 à 8 grammes, dose odinaire administrée par Petrescu, ils se contentent de 2 à 4 grammes de feuilles en infusion, ce qui se rapproche de la méthode de Hirtz. Ils paraissent tous d'accord sur l'absence des phénomènes toxiques, sur la chute rapide de la fièvre et le ralentisse- du pouls. Et Fikl, sur 108 pneumonies traitées de cette façon, n'a eu qu'un décès. Il est à noter encore ici que les malades de Fikl étaient, comme ceux de Petrescu, des soldats, c'est-à-dire des sujets jeunes, robustes et sans tare morbide. Hoepfel, dont les malades appartenaient à la clientèle civile, est obligé de reconnaître que la médication a produit souvent des vomissements et il a vu 1 décès sur 15 cas traités. Löventhal, de son côté, qui a employé aussi le traitement de Petrescu dans 12 cas, déclare que, même à la dose de 6 grammes, la digitale n'a aucune action jugulante ou spécifique sur la pneumonie. La durée de la maladie est toujours de six à sept jours comme dans les formes moyennes ordinaires.

Pour ma part, j'ai essayé deux fois, chez des pneumoniques de 25 et 36 ans, l'emploi de la digitale à la dose de

3 grammes de feuilles en infusion. Chez l'un, dès le premier jour, sont survenus des vomissements bilieux et verdâtres qui m'ont obligé à suspendre le médicament. Chez l'autre, des symptômes de collapsus si grave avec délire et refroidissement violacé des extrémités se sont produits, le lendemain de l'administration de la première dose de 3 grammes, que je n'ai pas osé prescrire la seconde. Les deux malades ont d'ailleurs guéri dans les délais ordinaires. Mais les résultats constatés ne m'ont pas engagé à continuer mes essais.

A mon avis, le traitement de Petrescu est un traitement par intoxication comme la médication stibiée de Rasori. L'empoisonnement par la digitale paraît, il est vrai, moins grave que l'empoisonnement par l'émétique. Mais peut-être n'est-ce pas une raison suffisante pour l'imposer aux pneumoniques. Les statistiques de Petrescu et de Fikl montrent que les sujets robustes la supportent encore sans trop de dangers ni de dommages. Mais ces sujets sont précisément ceux qui ont une tendance naturelle à résoudre d'eux-mêmes leur pneumonie. Pourquoi imposer à leur organisme la double tâche de résister à la maladie et à la médication? Si du moins cette médication pouvait être utilisée dans les cas graves où le besoin d'un traitement actif et efficace se fait réellement sentir! Mais non, et ces cas graves constituent justement, de l'aveu des auteurs, autant de contre-indications à l'emploi des hautes doses de digitale. Alors, si la digitale ne guérit que les pneumonies qui guérissent d'elles-mêmes, le bénéfice de hâter la convalescence de 3 jours ne me semble pas une compensation suffisante des dangers, ou, si l'on veut, des accidents auxquels elle expose le malade.

2° *Les bains froids.* — La réfrigération systématique par

les bains froids, suivant la méthode employée par Brand dans la fièvre typhoïde, a été appliquée au traitement de la pneumonie dès 1850 par Vogel (de Berne), puis par Liebermeister, Jurgensen, Lebert, Fismer, etc. Les statistiques sont, comme toujours, très favorables : 8 p. 100 de mortalité, d'après Liebermeister, de 1867 à 1871, au lieu de 24 p. 100 avec les autres méthodes employées de 1839 à 1867. Mais nous savons ce qu'il faut penser des statistiques en cette matière. La question est de savoir si l'idée d'appliquer le traitement de la fièvre typhoïde à la pneumonie est juste et si, en dehors de toute théorie, le bain froid a une action certaine sur le processus pneumonique.

Or, il n'y a aucune analogie à établir entre la fièvre de l'infection typhique, qui se prolonge pendant trois ou quatre semaines, et la fièvre essentiellement cyclique et passagère de la pneumonie ; si la première, par sa continuité, est une cause d'épuisement et de complications de toute sorte, qui mérite d'être combattue par tous les moyens, la seconde, si haut qu'elle s'élève, ne crée par elle-même aucun danger. Il est bon de la modérer pour soulager le patient, mais il est inutile de s'attacher uniquement à triompher d'un symptôme dont l'importance est purement relative, et c'est une erreur de croire qu'en abaissant la température on a guéri la maladie.

Quant à l'action du bain froid sur la lésion pneumonique elle est nulle. Lebert, qui vante le bain froid comme le meilleur traitement de la pneumonie, est obligé de reconnaître qu'il ne modifie en rien la marche de la maladie et que la défervescence n'est pas avancée d'un seul jour. Tout au plus pourrait-on soutenir que la réaction produite par le froid modère la congestion pulmonaire ;

mais comme on peut tout aussi justement prétendre que la contraction des vaisseaux périphériques, en refoulant le sang vers le poumon, augmente cette congestion, nous ne voyons pas là un argument bien décisif.

Si l'on ajoute à cela que la réfrigération par le bain froid est extrêmement pénible et désagréable au malade, qu'elle n'est pas sans inconvénients puisqu'elle provoque la cyanose et parfois la syncope, qu'enfin, comme pour la digitale à hautes doses, elle est contre-indiquée, ainsi qu'en conviennent ses partisans les plus convaincus, dans les cas qui sembleraient réclamer une médication aussi énergique, c'est-à-dire quand le processus pneumonique est très étendu, quand il existe un état très prononcé d'adynamie, quand la respiration est très accélérée (Fismer), chez les artério-scléreux et chez ceux dont le cœur fonctionne mal (Barth), on arrive à cette conclusion qu'il vaut mieux renoncer à une médication qui est inutile quand elle peut être appliquée et qui est inapplicable quand elle serait nécessaire.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU MAL DE POTT PAR LES LIGATURES APOPHYSAIRES.

M. le Dr Chipault publie dans la *Médecine moderne* (1) un nouveau traitement opératoire du mal de Pott avec cinq observations à l'appui ; ce traitement consiste à réunir par des ligatures au fil d'argent les apophyses épineu-

(1) 22 juillet 1896.

ses correspondant à la région malade. Voici le procédé opératoire :

Le malade, endormi au chloroforme, étant placé sur le ventre, aux trois quarts de pronation, le dos tourné vers l'opérateur, une incision longitudinale est faite sur la ligne apophysaire, dépassant de 2 ou 3 vertèbres au moins, en haut et en bas, les limites extrêmes de la gibbosité ; sans toucher aux ligaments inter-épineux, la crête apophysaire est grossièrement dénudée à droite et à gauche, puis deux écarteurs spéciaux, larges et peu profonds, recourbés à leur extrémité, ramassant toutes les chairs paravertébrales, sont placés, l'un à droite, l'autre à gauche. La face postérieure du rachis étant ainsi mise à nu sur l'étendue nécessaire, deux aides, l'un par traction axillaire, l'autre par traction sur les membres inférieurs, essayent de réduire la gibbosité. Cette réduction plus ou moins obtenue, un fil d'argent, de grosseur variable suivant les cas, est passé à travers le ligament interépineux sus-jacent à l'apophyse la plus haute que l'on veuille fixer, au ras du bord supérieur de cette apophyse et le plus près possible de sa base, puis coupé de manière qu'il dépasse, de chaque côté de la perforation, une longueur de fil double de la longueur de la plaie ; c'est avec ces deux longueurs qu'il va falloir faire les ligatures apophysaires : il suffit pour y réussir de passer chacun des fils, en les croisant, dans l'espace interapophysaire sous-jacent à celui qui a été traversé, puis dans chacun des suivants, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au-dessous de la dernière apophyse découverte, sous laquelle on tord solidement les deux fils, en enroulant leurs extrémités ; il est essentiel, au cours de ces manœuvres, de passer les fils dans chaque espace au ras du bord inférieur de l'apophyse sus-jacente.

de façon à pouvoir, à mesure qu'on avance, tendre et maintenir en extension, sur ce point d'appui solide, la partie supérieure du rachis, et de ne point passer à une boucle nouvelle avant que la solidité et la valeur orthopédique de la boucle précédente ne soit bien assurée. Ceci fait, l'opération est finie. On suture les parties molles sans drain, et le malade, enveloppé d'un bandage de corps, est reporté dans son lit.

L'opération a duré un quart d'heure.

Deux difficultés peuvent se rencontrer : la première est l'ankylose des bords supérieur et inférieur de deux apophyses successives, qui oblige de forer un orifice à travers leur masse ; la seconde, c'est une incurvation latérale de la colonne obligeant, après avoir fait les croisés ordinaires, à faire remonter l'un des fils le long des apophyses épineuses du côté convexe, et à le fixer à la boucle.

Quoi qu'il en soit, au bout de cinq à six jours, s'il s'agit des régions lombaire ou dorsale, de dix jours s'il s'agit de la région cervicale où les mouvements des épaules peuvent avoir une influence fâcheuse sur la réunion de la plaie, on enlève le premier pansement et l'on retire les fils ; après un second pansement, l'opéré est guéri, en tant qu'opéré.

Il n'y a plus ensuite, au moyen d'un bon appareil orthopédique, qu'à maintenir en bonne position le rachis ainsi redressé.

Voici la première observation :

La première de mes interventions remonte à septembre 1893, et le résultat, que j'ai suivi jusqu'à ces temps derniers, est parfait. Mon opéré était un garçonnet de 7 ans 1/2, de bonne santé générale, qui m'avait été

amené par sa mère pour une gibbosité pottique dorsale inférieure, datant de quelques semaines, sans abcès froid appréciable, ni accidents médullaires. Il fut immobilisé dans une gouttière de Bonnet et je dois dire que, dans ce cas particulier, l'immobilisation, grâce à la sollicitude des parents et à l'intelligence du petit malade, fut aussi satisfaisante que possible : malgré ces conditions favorables les fongosités continuèrent à proliférer et les corps vertébraux à se détruire; trois mois après le début du traitement survint une légère parésie spasmodique, qui s'aggrava peu à peu, et le septième mois, sous l'influence d'un faux mouvement de l'enfant, la gibbosité s'accentua énormément. Au lieu d'être formée, comme jusqu'alors, par une légère saillie apophysaire, elle dessina une courbe dominée par cinq apophyses, la plus saillante étant celle de la dixième dorsale. Ce cas était aussi peu favorable que possible à une intervention directe sur le foyer malade, mode d'intervention que j'avais du reste, dès cette époque, à peu près abandonné; d'autre part, les corsets ou les gouttières n'assuraient plus que d'une manière tout à fait précaire l'immobilisation du rachis; pour l'obtenir, je résolus de ligaturer au fil d'argent, si possible après redressement en bonne position, les apophyses épineuses correspondant aux vertèbres malades. Ce fut fait sans difficultés particulières, le 27 septembre 1893; sous chloroforme, une extension et une contre-extension légères suffirent pour ramener la colonne vertébrale à la rectitude, puis une incision longitudinale tracée un peu à gauche des apophyses épineuses, de la huitième dorsale à la première lombaire, me permit de mettre à nu leur face latérale gauche; à l'aide d'une aiguille courbe j'entourai d'un fil d'argent, le plus près

possible de sa base, chacune des apophyses épineuses, depuis la première lombaire sous-jacente, autant qu'on pouvait le dire, à la lésion des corps vertébraux, jusqu'à la troisième dorsale sus-jacente à cette lésion; les deux extrémités terminales du fil, bien serré sur le trajet de ses divers anneaux, furent fixées par un nœud solide sur la partie latérale gauche de cette dernière apophyse; enfin les parties molles et la peau furent suturées au catgut. J'avais eu soin d'éviter le plus possible, pendant ces diverses manœuvres, les ébranlements du rachis, et, l'opération terminée, l'enfant fut placé dans une gouttière de Bonnet. Les suites immédiates de l'intervention furent des plus simples et permirent pendant quatorze mois une immobilisation complète dans le décubitus dorsal, avec les seuls déplacements nécessités par les soins de propreté. Pendant tout ce temps l'enfant ne souffrit pas. A partir de mai 1894, sa paraplégie, jusque-là restée stationnaire, s'atténua peu à peu; il n'en restait plus trace au mois de novembre 1894. En janvier, puis en septembre 1895, j'ai constaté la parfaite rectitude de sa colonne vertébrale. Depuis, il marche, sans la moindre aide, avec un simple corset de toile; il se sent bien solide, fléchit et étend sa colonne vertébrale comme s'il ne l'avait point ligaturée : j'ai eu l'occasion de faire constater plusieurs fois à mes maîtres et à mes collègues ce résultat véritablement parfait, et qui, je puis l'espérer aujourd'hui, restera définitivement tel.

Voici les faits, l'expérience seule pourra nous dire si ces opérations sont vraiment aussi pratiques qu'elles le paraissent et si nous avons là un traitement vraiment utile.

D[r] MARC JOUSSET.

CAS DE MORT RAPIDE APRÈS PONCTION EXPLORATRICE D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

M. Chauffard a fait sur ce sujet une clinique à l'hôpital Cochin (1).

Voici les faits résumés brièvement.

A la fin d'avril, entrait dans son service un homme vigoureux, de 35 ans, se plaignant depuis plusieurs mois de douleurs dans la région du foie et d'une tuméfaction qui croissait progressivement.

Il y a trois ans, premiers symptômes de sa maladie actuelle : troubles digestifs, épistaxis et élargissement de l'épigastre : depuis dix mois tumeur saillante à l'épigastre, douleurs térébrantes au niveau du foie et de l'épaule droite, selles diarrhéiques, quelquefois décolorées ; ni urticaire, ni jaunisse.

A l'examen, voussure considérable de toute la région hépatique ; élévation des dernières côtes qui sont déjetées en dehors. Le bord inférieur du foie dur se reconnaît parfaitement. Augmentation de sa matité verticale : 16 centimètres sur la ligne médiane et 21 sur la ligne du mamelon droit.

En arrière et sur le côté, l'examen de la région basilaire du poumon droit permet de constater une matité de quatre travers de doigt de hauteur, avec diminution notable du murmure vésiculaire à ce niveau.

Diagnostic : kyste hydatique non infecté de la région antérieure et du bord supérieur du foie, avec refoulement des côtes en dehors et du diaphragme dans la cavité thoracique.

---

(1) *Semaine médicale*, 8 juillet.

Pour confirmer ce diagnostic, ponction exploratrice au moyen d'une aiguille de Pravaz, qui permet de retirer 10 centimètres cubes d'un liquide clair comme de l'eau de roche.

Presque immédiatement le malade est pris d'accidents.

Le malade est pris d'un malaise subit, il s'assied sur son lit, se tourne et se retourne avec une sorte d'angoisse et de jactitation, puis se met à se gratter soudainement la nuque, le cou, la face interne des cuisses, le bas-ventre.

Une ou deux minutes après, la face devient grimaçante, les yeux se révulsent en haut et nous voyons éclater une attaque épileptiforme généralisée, sans cri initial, sans grands mouvements cloniques : tonisme des membres, face convulsée et cyanique, roulement et expression hagarde des yeux, écume à la bouche, émission des urines et des fèces.

Au bout d'un instant, retour passager de la conscience : « Ça va mieux, dit le malade, c'est fini. » Puis presque aussitôt nouvelle attaque éclamptique, plus prolongée, mais moins violemment tonique que la première; agitation et angoisse extrêmes, mouvements rapides de grattage du cou, expectoration répétée d'une écume mousseuse et blanchâtre.

Au bout de quelques minutes, notre malade épuisé retombe sur son lit, la face devient terreuse et plombée, se couvre de sueur, en même temps que, sur le corps et les membres, la peau présente une teinte cyanique, d'un pourpre violacé.

Le pouls, déjà rapide et très petit, s'efface de plus en plus; moins de dix minutes après la ponction, la pulsation radiale n'est plus perceptible, alors que le cœur bat encore à gros coups sourds et précipités.

Enfin, survient l'asphyxie terminale : le visage est terreux, inondé de sueur, les téguments du corps passent du violet à un ton cendré et livide; les yeux s'excavent et se ternissent; les bronches et la bouche se remplissent d'écume; quelques convulsions grimaçantes et comme sardoniques du visage témoignent seules d'un reste de vie. La mort termine cette terrible scène, vingt-cinq minutes environ après la ponction.

Tels sont les accidents qui se sont déroulés après une ponction si simple et qui paraissait devoir être inoffensive.

Le Dr Chauffard se livre à une longue étude des symptômes pour tâcher de trouver la pathogénie de ces accidents.

Après avoir rejeté l'idée d'accidents réflexes, explication qui n'explique rien, il admet que l'on est en présence d'une intoxication par le liquide hydatique, intoxication causée par une quantité presque infinitésimale de liquide chez un sujet que la *réaction individuelle* ou son *idiosyncrasie* mettait dans un état de susceptibilité particulière.

Voici les faits et leur explication d'après M. Chauffard. Ce que nous devons retenir pratiquement, c'est que « la moindre ponction d'un kyste hydatique, quelque précaution qu'on y mette, peut devenir chose grave, entraîner en quelques minutes des accidents effrayants et même mortels. Il ne faut donc y recourir qu'à bon escient, pour des raisons sérieuses, quand l'intérêt même du diagnostic ou du traitement y est engagé. »

L'autopsie du malade a présenté du coté du foie un grand intérêt. Le kyste occupait toute la partie antéro-

supérieure du lobe droit et on constatait « une hypertrophie notable du lobe gauche du foie, qui était, à lui seul, presque aussi gros qu'un foie normal ». C'est un exemple de ce que l'on a appelé les hyperplasies compensatrices du foie.

C'est bien là un foie normal, fonctionnant régulièrement et suppléant à la partie qui était détruite par le kyste.

L'examen microscopique a confirmé cette manière de voir, avec cette particularité qu'on trouvait une analogie singulière avec le foie fœtal, tel qu'il existe au septième mois par exemple.

Dr Marc Jousset.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. Enquête sur le sérum antidiphtéritique. — II. Sérum antidiphtéritique dans la gangrène nosocomiale. — III. Préparation artificielle du sérum antidiphtéritique. — IV. Sérum antidiphtéritique comme agent curatif de certaines otites. — V. Sérum de Marmorek. — VI. Sérothérapie de la syphilis.

I

M. Talamon rapporte (1) une enquête très intéressante faite par la Société américaine de pédiatrie sur le sérum antidiphtéritique. Cette enquête porte sur 5.794 cas;

(1) *Médecine moderne*, 18 juillet.

elle se base sur les réponses de 615 praticiens répartis dans 114 villes des États-Unis et du Canada.

A ce premier groupe comprenant 3.384 cas, il faut joindre 942 cas traités à domicile dans la ville de New-York et réunis par le Dr Biggs, chef du service de l'hygiène, et 1.648 cas provenant de Chicago et traités de même à domicile par le corps des inspecteurs de service hygiénique de cette ville.

Sur cet ensemble de 5.794 cas il y a eu 713 morts, soit une mortalité de 12,3 pour 100. Si on retranche de cette statistique 218 malades qui étaient mourants au moment de l'injection et qui ont succombé dans les vingt-quatre heures, il reste 5.576 cas avec une mortalité de 8,8 pour 100.

C'est à quelques dixièmes près le chiffre donné par M. Sevestre dans sa statistique de l'hôpital des Enfants-Malades pour 1895, 8,13 pour 100.

Il est à remarquer que, sur les 615 médecins, 600 se sont déclarés très partisans de ce mode de traitement qui réunit ainsi la presque unanimité.

Pour l'âge et l'époque de l'injection, l'enquête confirme ce que nous savons. La mortalité est plus élevée au-dessous de 2 ans, 23,3 pour 100. Elle diminue rapidement à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, 14,7 pour 100 de 2 à 5 ans ; 12,1, de 5 à 10 ; 6,2, de 10 à 15 ; 3,5 au-dessus de 15 ans. Sur 359 malades âgés de plus de 15 ans, il n'y a eu que 13 morts, et encore 4 étaient mourants au moment de l'injection ; en retranchant ces 4 cas, sur 355 adultes traités par le sérum la mortalité a été seulement de 2,5 pour 100.

Le moment de l'injection n'est pas moins important. L'injection, pour donner un effet utile, doit être faite

dans les trois premiers jours. Sur 4.120 cas injectés dans ces conditions, la mortalité a été de 7,3 pour 100, et, en éliminant les malades qui ont succombé dans les vingt-quatre heures, seulement de 4,8 pour 100. Mais, après le troisième jour, la mortalité s'élève rapidement et diffère peu de la mortalité ordinaire de la diphtérie, 20,7 pour 100 pour le quatrième jour et 35,3 pour le cinquième jour.

Les résultats les plus démonstratifs sont fournis par les cas de diphtérie laryngée et, en particulier, par les cas de croup traités par l'intubation. Le tubage a été pratiqué 533 fois, avec 138 morts, soit une mortalité de 25,9 pour 100, et de 16,9 pour 100, déduction faite des malades moribonds au moment de l'opération. Avant l'emploi de l'antitoxine, un total de 5.546 tubages colligés en 1892 par Mac Naughton et Maddren donnait une mortalité de 69,5 pour 100. On remarquera encore l'identité des résultats obtenus d'après l'enquête américaine avec ceux de la statistique de M. Sevestre à l'hôpital des Enfants-Malades ; mortalité générale des enfants tubés : 25,9 pour 100, enquête américaine ; 27,07, statistique de Sevestre ; mortalité réduite : enquête américaine, 16,9 ; statistique de Sevestre, 17,7.

L'enquête américaine ne parle pas des accidents attribués en France au sérum : éruptions, douleurs articulaires, fièvre, etc.

II

M. le Dr Melloni, de Rome, a eu recours au sérum antidiphtéritique dans un cas de gangrène nosocomiale (1) avec un très grand succès.

(1) *Semaine médicale*, 22 juillet.

Voici les faits : il s'agissait d'un homme ayant subi l'uréthrotomie interne pour rétrécissements multiples du canal uréthral, avec incision large d'un abcès urineux. Trente jours après l'opération, la plaie résultant de l'ouverture de l'abcès au périnée fut envahie par la pourriture d'hôpital. Des cautérisations énergiques au chlorure de zinc et le curettage exécuté à plusieurs reprises ne purent enrayer la marche de l'affection : la couenne gangreneuse brunâtre qui recouvrait la perte de substance ne faisait que s'étendre en surface et en profondeur. L'examen bactériologique révéla l'existence de nombreux streptocoques dans les fausses membranes, mais on ne parvint pas à y déceler le bacille de Lœffler. Cependant, M. Melloni eut l'idée de pratiquer une injection de sérum antidiphtéritique de Behring, laquelle fut suivie, au bout de vingt-quatre heures, d'une amélioration frappante de la lésion locale ainsi que de l'état général du patient. Après une seconde injection de sérum, il fut facile d'enlever de la plaie tout l'enduit pseudo-membraneux qui, en quelques endroits, atteignait une épaisseur de 2 centimètres. L'ulcération prit un bon aspect et commença à bourgeonner activement, puis à se cicatriser.

Les injections de sérum antidiphtéritique ont exercé, en outre, une action des plus favorables sur les reins. En effet, avant le traitement sérothérapique, le malade éliminait par ses mictions jusqu'à 4 pour 1.000 d'albumine, tandis qu'après les injections la quantité d'albumine urinaire s'abaissa jusqu'à 1 pour 1.000.

Enfin, il faut noter que dans ce cas les injections de sérum de Behring ont provoqué, entre autres phénomènes, une éruption d'urticaire, fait déjà signalé à maintes reprises dans des circonstances analogues.

III

M. Swernow (1) a fait des expériences pour préparer un sérum antidiphtéritique artificiel.

Sa méthode consiste en ce qu'il décompose par l'électrolyse une culture sur bouillon des bacilles de Lœffler.

Le procédé se décompose en deux parties : d'abord il soumet à l'électrolyse les cultures auxquelles il a ajouté une solution de chlorure de sodium à 0,5 pour 100 ; ensuite les électrodes de charbon sont remplacés par des électrodes en argent, qui décomposent les chlorures précédemment formés.

Les propriétés curatives de l'antitoxine ainsi obtenue et expérimentée sur des cobayes, seraient réelles. La préparation est très peu coûteuse.

IV

M. le Dr G. Gradenigo, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine de Turin, a pu se convaincre que les injections de sérum antidiphtéritique sont non seulement efficaces contre l'ozène, comme l'ont constaté MM. les Drs Belfanti et Della Vedova, mais qu'elles exercent encore une action favorable sur les otites chroniques sèches ou purulentes liées à l'ozène, de même que sur certaines otites moyennes non accompagnées de punaisie et dont les produits de sécrétion contiennent le microbe que M. Belfanti a rencontré chez les ozéneux et qu'il identifie avec le bacille de Lœffler (2).

---

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, nº 27, 1896.

(2) *Semaine médicale*, 15 juillet.

V

Dans son journal (1), M. le Dr Variot publie un article plutôt défavorable sur l'emploi du sérum de Marmorek chez les diphtéritiques.

Il l'a essayé sur une vingtaine d'enfants environ et les accidents consécutifs étaient si douloureux et si graves, le bénéfice lui a paru si aléatoire qu'il n'en a pas continué l'emploi.

Il a employé le sérum de Marmorek surtout dans les cas de broncho-pneumonie, parce qu'il paraît prouvé que ces broncho-pneumonies de la diphtérie sont presque toujours des infections secondaires dues au streptocoque et qu'il y avait lieu d'essayer quelque chose dans ces cas puisque « tous les médecins savent que les moyens dont nous disposons pour combattre la broncho-pneumonie sont bien infidèles; la balnéation, les enveloppements humides, les inhalations d'oxygène, l'alcool, etc., échouent trop souvent ». Nous pouvons ici, en enregistrant cet aveu d'impuissance, affirmer comme nous l'avons fait déjà bien souvent que le traitement homœopathique donne dans la broncho-pneumonie des résultats surprenants et que comme expérimentation de la réalité de l'action de nos médicaments et des doses infinitésimales, il y aurait là, pour un médecin véritablement consciencieux et libéral, un moyen de tirer au clair notre vieille querelle. Nous serions prêts, du reste, soit en indiquant exactement le traitement à suivre, soit en allant faire ce traitement sous les yeux et le contrôle de nos confrères, à faire cette expérience en grand.

---

(1) *Journal de clin. et de thérap. infantiles*, 4 juin.

Mais revenons au sérum de Marmorek. Voici les accidents relevés par M. Variot à la suite des injections de 10 et 20 centimètres cubes :

« La température s'élevait de deux ou trois degrés, quelques heures après l'injection ; la peau de la paroi abdominale devenait rouge, tendue et très douloureuse ; plusieurs fois, le lendemain de l'injection, j'ai cru être en présence d'un érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale.

« Les enfants étaient prostrés, avec la langue sèche ; la température se maintenait à 40° pendant deux ou trois jours et, à ce moment, le pus commençait à se collecter sous la peau de l'abdomen. J'étais obligé, pendant ce temps, de faire baigner les enfants toutes les trois heures pour abaisser la température. Lorsque le pus était évacué par une incision, la fièvre tombait et l'état général s'améliorait.

« Aucun des enfants ainsi traités n'a succombé aux suites directes des injections de sérum ; mais nous devions conserver pendant huit ou quinze jours les petits malades, jusqu'à ce que leur foyer purulent fût tari.

« L'un des enfants ainsi injecté fut emporté par sa mère avant que la peau de l'abdomen ne fût recollée et que l'ouverture du phlegmon ne fût refermée.

« Quatre semaines plus tard on nous rapporta l'enfant avec une éruption de varicelle présentant un aspect purpurique, puis gangréneux ; la plaie de l'abdomen suppurait toujours abondamment, le décollement persistait sur une grande étendue. En outre l'enfant était atteint d'une diphtérie pharyngée à bacilles de Lœffler. Il succomba dans un état d'adynamie profonde, malgré des injections de sérum anti-diphtéritique.

« Je ne doute pas que la transformation gangréneuse de l'éruption de varicelle ne soit en rapport avec la suppuration prolongée qui avait affaibli cet enfant. En voyant ces accidents septiques se développer si constamment après les injections de sérum de Marmorek, je redoublai de vigilance, je recommandai à la surveillante qui pratique très habilement, et sans aucun accident, les injections de sérum antidiphtéritique, de prendre les précautions les plus strictes pour la stérilisation des instruments.

« Mais tout fut inutile, les injections pratiquées par les internes du service, MM. Baveux et Ghika, déterminaient les mêmes hyperthermies et les mêmes infiltrations phlegmoneuses de l'abdomen. »

Nous avons reproduit ce passage de notre confrère le Dr Variot parce que nous voulons publier tout ce qui se rapporte à la sérothérapie, qui nous paraît devoir constituer une partie de la thérapeutique de l'avenir ; nous reproduirons au sujet de ce sérum ce que nous disions déjà dans le précédent numéro (1).

« Nous ferons remarquer qu'il y aurait peut-être lieu de préparer plusieurs sérums streptococciques : un sérum avec des streptocoques provenant de l'érysipèle et destiné à combattre l'érysipèle et l'infection purulente, et un sérum avec des streptocoques provenant d'angine pure à streptocoques et destiné à être employé dans ces angines et dans les diphtéries associées ; on obtiendrait peut-être ainsi une action plus certaine et on éviterait peut-être des complications. C'est à étudier. »

---

(1) *Art Médical*, juillet, p. 58.

VI

M. le professeur C. Boeck, médecin-chef du service dermatologique du « Rigshospital », à Christiania (1), a eu l'occasion d'instituer chez sept syphilitiques de sa clientèle privée un traitement sérothérapique au moyen du liquide provenant de la séreuse vaginale d'un sujet atteint d'épididymite, lequel avait contracté la syphilis six ans auparavant. A cette même époque, il avait présenté également une épididymite syphilitique qui avait cédé à la médication iodurée, mais qui avait récidivé.

Chez ces sept malades, qui n'en étaient tous qu'à une période très récente de la vérole — quelques-uns d'entre eux ne présentaient que des accidents primitifs n'ayant pas encore amené de manifestations secondaires, — la méthode de traitement employée par notre confrère consistait à pratiquer quotidiennement ou tous les deux jours, à la région dorsale, des injections hypodermiques avec la sérosité retirée aussi aseptiquement que possible de l'hydrocèle du syphilitique *tertiaire* en question, puis soigneusement filtrée. La dose de ce liquide injectée en une fois a varié de 1 à 6 grammes; le plus souvent, elle a été de 2 à 3 grammes. La quantité totale de sérum employée dans chaque cas particulier oscillait entre 32 gr.25 et 92 grammes,et dans un cas elle a atteint 300 grammes.Chez tous les malades en expérience, on s'est abstenu de l'usage du mercure et de l'iodure de potassium.

Les effets de ce traitement ont été des plus favorables et se sont manifestés par l'involution relativement rapide des accidents primitifs, ainsi que par une atténuation très

(1) *Semaine médicale*, 15 juillet.

nette des manifestations secondaires. C'est à peine si ces dernières se sont traduites par quelques lésions des muqueuses, et les accidents cutanés ont été presque imperceptibles. Dans les cas où les injections de sérum ont été commencées pendant le stade dit de seconde incubation, l'apparition des symptômes secondaires a été sensiblement retardée. Chez tous les malades la période secondaire a été abrégée; sa durée n'a pas dépassé quatre à sept mois. Enfin, notre confrère a pu se rendre compte que le traitement sérothérapique se montrait d'autant plus efficace qu'il était institué plus tôt.

En somme, M. Boeck a emporté de ses observations l'impression que le sérum syphilitique tertiaire exerce à l'égard de la syphilis récente une action curative incontestable qui, sans être aussi éclatante que celle du mercure et de l'iodure, a cependant pour effet d'abréger plus que ne le font ces médicaments spécifiques la durée de la période secondaire.

Notons, d'autre part, que cinq ans auparavant M. Boeck avait déjà expérimenté dans une douzaine de cas de syphilis récente des injections sous-cutanées de liquide provenant d'une hydrocèle dont était atteint un sujet en pleine période *secondaire* de la vérole. Les résultats de ces essais thérapeutiques n'avaient pas été bien concluants. Il semble donc que le sérum tertiaire soit beaucoup plus efficace que le sérum secondaire.

Si l'on trouvait ce traitement efficace dans les accidents tertiaires et secondaires graves, s'il paraissait guérir l'ataxie locomotrice ou la paralysie générale syphilitiques au début, cela serait bien plus probant.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE CHEZ LES ENFANTS PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC. — II. SÉRODIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — III. FRÉQUENCE DU SARCOME EN ALGÉRIE ET SA GUÉRISON PAR LES EMPIRIQUES INDIGÈNES. — IV. CAS D'ACTINOMYCOSE BUCCO-FACIALE GUÉRI. — V. DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES VARIATIONS ANORMALES DE LA PRESSION ARTÉRIELLE. — VI. L'ÉLONGATION DES NERFS DANS LES PARALYSIES POST-TRAUMATIQUES. — VII. AINHUM ET LÈPRE.

I

Le professeur Lannelongue vient d'employer le chlorure de zinc, qui lui a donné de si bons résultats dans les affections articulaires, pour la guérison de la hernie inguinale chez les enfants. L'enfant étant préalablement anesthésié, un aide place ses doigts sur la paroi abdominale vis-à-vis de l'orifice inguinal profond pour éviter toute effusion de liquide dans le péritoine. L'opérateur injecte alors une solution de chlorure de zinc à 1/10 en distribuant les piqûres autour du canal inguinal et de son orifice externe. Cinq piqûres de cinq à six gouttes chacune suffisent. On en fait deux en dehors, deux en dedans, une en bas, en enfonçant l'aiguille jusqu'au pubis. On met ensuite un pansement compressif.

Les résultats immédiats sont un gonflement considérable, dur, scléreux, adhérent à l'os et à la peau, effaçant

le canal inguinal. Il y a une vaginalité séreuse d'abord, plastique ensuite, qui oblitère le canal vagino-péritonéal et le sac herniaire.

Les enfants se lèvent au bout d'une huitaine de jours et quittent l'hôpital complètement guéris au bout de douze jours. En les examinant à ce moment, on trouve un bouchon induré au devant du canal inguinal, dans lequel le doigt déprimant le scrotum ne peut pénétrer.

II

Le professeur Dieulafoy a expérimenté dans son service à Necker le moyen préconisé par M. Widal pour le diagnostic parfois si difficile de la fièvre typhoïde.

C'est une application de la bactériologie au diagnostic de la fièvre typhoïde. Pour cela, il suffit d'avoir une culture pure en bouillon de bacilles d'Eberth. Si on place sous le microscope une préparation de cette culture, on voit des bacilles isolés et mobiles en nombre plus ou moins considérable. Mais si, dans un tube à expérience, on fait un mélange contenant dix gouttes du bouillon de culture de bacilles d'Eberth et une goutte de sang, ou mieux une goutte de sérum provenant de quelques gouttes de sang retiré de la pulpe du doigt d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et si on place sous le microscope une préparation de ce mélange, on assiste à un spectacle des plus saisissants : les bacilles ne restent plus ici isolés et très mobiles comme dans la première préparation. Ils tendent à perdre leur mobilité, ils se déforment, s'agglutinent, se réunissent par le bas, et forment sur la préparation des gros îlots, des grandes plaques séparées par des espaces vides. Ces espaces vides sont encore parcourus par quelques bacilles, malades, moins mobiles, indécis

dans leur orientation, et comme attirés en fin de compte vers l'un de ces amas dans lesquels ils sont englobés à leur tour.

Voici donc « un procédé simple et rapide, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante : il suffit d'avoir à sa disposition une culture pure en bouillon de bacille d'Eberth que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope à immersion et quelques gouttes, à la rigueur une seule, du sang d'un malade » (Widal).

III

M. Reclus fait un rapport sur un mémoire de M. Legrain (de Bougie), sur la guérison du sarcome par les empiriques indigènes. Ce mémoire contient trois cas dans lesquels l'examen histologique de la tumeur a révélé deux fois la présence d'un sarcome globo-cellulaire, et une fois l'existence d'un sarcome avec prédominance de petits éléments fusiformes. Opérés d'abord par le Dr Legrain, ils ont présenté une récidive rapide et ont alors été soignés par des applications de goudron. Ce goudron n'est pas semblable à celui de Norvège. Il provient de plusieurs arbustes, mais principalement du génévrier. Ce produit est extrêmement impur, et il a été impossible de déterminer, parmi les substances qui le composent, celle qui se montre efficace contre le sarcome.

En terminant, M. Reclus fait des réserves sur la nature de ces tumeurs, et remarquant que ces observations ont trait à des sarcomes de la peau, et que c'est avec le goudron qu'ils ont été guéris, il se demande si l'on n'a pas eu affaire simplement à des tuberculoses cutanées.

IV

Il s'agit d'un cas d'actinomycose de la face que le Dr Duguet présente guéri à l'Académie de médecine. Le diagnostic a été assez difficile, la maladie ayant été prise d'abord pour du lupus, du cancer, puis de la syphilis. L'examen micrographique du pus sortant des trajets fistuleux a démontré de la façon la plus nette la présence du parasite rayonné si caractéristique de l'actinomycose. Une fois la nature de l'affection du malade bien nettement déterminée, il est soumis à l'action de l'iodure de potassium. Le traitement a duré quatre mois. Le malade prenait jusqu'à cinq grammes d'iodure par jour, et en même temps on lui faisait des injections de teinture d'iode dans les trajets fistuleux de la joue. La porte d'entrée du champignon actinomycique a été sans doute une dent cariée.

V

Le professeur François Franck a fait un exposé général d'une question qui a préoccupé depuis quelques années les cliniciens : les écarts de la pression du sang dans les artères chez l'homme sain et chez l'homme malade.

Voici les conclusions de cet important travail :

I. La pression du sang dans les artères peut s'élever accidentellement à un niveau anormal, qui constitue un danger, tant pour les artères elles-mêmes que pour le cœur et pour les éléments des tissus.

Cette hypertension artérielle est provoquée, en général, par une stimulation dont le point de départ est dans les surfaces sensibles ou dans le cerveau(influences psychiques, émotives ; elle peut aussi résulter d'une excitation directe des centres nerveux par le contact d'un sang insuffisam-

ment oxygéné ou transportant certaines substances toxiques : on le dit d'origine *réflexe* dans le premier cas, d'origine *centrale* dans le second.

Elle résulte essentiellement d'un spasme des artérioles contractiles, se produisant dans des territoires étendus du domaine aortique et d'un renforcement de l'action du cœur, double réaction sollicitée par l'excitation exagérée des appareils nerveux vaso-constricteurs et excito-cardiaques : l'association de ces deux influences, dont l'une retient le sang dans les artères et l'autre l'y projette plus activement, explique très clairement le résultat mécanique de la stimulation sensitive ou centrale, l'excès de la tension artérielle. Mais, cet effet ne se maintient normalement qu'un temps ordinairement très court : après avoir atteint un niveau plus ou moins élevé, la courbe de pression artérielle redescend vers la moyenne normale, tombe souvent au-dessous et n'y revient que graduellement.

Le défaut de persistance de l'effet initial n'est pas dû au relâchement rapide des vaisseaux dont le resserrement exagéré a, en grande partie, provoqué l'élévation de la pression : on voit, en effet, dans les expériences volumétriques comparatives, telles que nous les pratiquons, les vaisseaux primitivement resserrés, continuer à subir la constriction, alors que la pression est déjà redescendue.

Les influences correctrices, autre que le simple relâchement des vaisseaux, interviennent donc, et c'est ailleurs que dans les territoires aortiques ayant subi le spasme réflexe qu'il faut chercher la raison du défaut de persistance de l'hypertension. Notre but a été de préciser, autant qu'il est actuellement possible de le faire, le mécanisme de cette réparation s'opérant spontanément chez les sujets sains.

Nous avons vu que cette correction automatique s'opère grâce à l'association de plusieurs réactions dont les unes sont provoquées immédiatement par l'excitation sensitive elle-même (procédés préventifs), et les autres, plus tardivement, par l'excès de la pression artérielle sollicitant les centres nerveux à la réaction correctrice.

Le cœur, en se ralentissant, envoie moins de sang dans le système aortique surchargé ; les vaisseaux superficiels musculo-cutanés se relâchent activement, ouvrant ainsi une large voie de déversement au sang sous pression dans l'aorte ; les vaisseaux pulmonaires en se contractant diminuent l'apport sanguin du cœur gauche ; les vaisseaux portes hépatiques se resserrent également, l'afflux sanguin cardio-pulmonaire est restreint et le cœur droit ne souffre pas de la surcharge que lui imposerait l'excès de la résistance dans l'artère pulmonaire.

Grâce à cet ensemble de réactions, qui se combinent automatiquement de la façon la plus avantageuse, l'hypertension est prévenue ou réparée et ses dangers écartés.

II. Les influences nerveuses qui provoquent la chute de la pression artérielle sont de deux ordres très différents et qu'il importe absolument de distinguer : à l'état normal, l'excitation physiologique, fonctionnelle de certaines surfaces sensibles, surtout viscérales et musculaires, provoque une réaction vaso-dilatatrice active et une diminution d'action du cœur dont l'association a pour effet une dépression artérielle modérée, transitoire, se réparant d'elle-même, grâce à ses mécanismes correcteurs facile à déterminer. Si la vaso-dilatation, qui s'opère en particulier dans les viscères abdominaux, sollicitée par une irritation exagérée, dépasse la mesure physiologique, elle entraîne des troubles de congestion active que j'ai vu souvent sur-

venir, en particulier dans le rein et le foie : ici, la réparation est favorisée par l'intervention thérapeutique qui peut assez aisément provoquer le resserrement des vaisseaux trop fortement et trop longtemps dilatés.

Cette première série de réactions cardio-vasculaires est active et relève de la mise en jeu d'organes nerveux préposés au fonctionnement du cœur et des vaisseaux : toute différente est la série des dépressions causées par les irritations internes, soudaines, soit des surfaces sensibles, soit du cerveau. Ici, ce sont des phénomènes d'inhibition qui se produisent, ce sont des troubles circulatoires par inertie des éléments nerveux brutalement impressionnés. La dépression artérielle qui résulte de cette suspension d'activité centrale peut être avantageusement combattue, sauf les cas de choc irréparable, tant par les moyens mécaniques en usage pour relever la pression artérielle que par les procédés de stimulation nerveuse rationnelle capables de tirer les centres de leur engourdissement.

En tête des procédés mécaniques appliqués à la réparation de la pression, il faut mentionner les injections salines que nous avons vues tout à l'heure employées dans les dépressions d'origine infectieuse : il est possible qu'elles agissent en vertu de mécanismes plus complexes que ceux qu'on leur reconnaît et que, dans les cas de choc prolongé où l'auto-infection secondaire est vraisemblable, ces injections fassent pour ainsi dire coup double en s'adressant aux deux éléments mécanique et toxique de la situation.

En outre de ces procédés directs, il en est d'autres dont l'efficacité est établie par le long usage qu'on en a fait, mais qui peuvent être aujourd'hui plus scientifiquement interprétés. Je veux parler de l'innombrable série des révulsions tant internes qu'externes. Tous ces moyens

semblent agir, avec une activité et une appropriation variée, comme des stimulants modérés du système nerveux central qu'ils tendent à tirer de son inertie plus ou moins profonde : la connaissance actuellement assez complète du mode d'action de ces stimulants sensitifs permet de comprendre comment ils peuvent agir pour provoquer par voie réflexe le réveil du cœur plus ou moins inhibé et la contraction des vaisseaux dont le tonus est supprimé à un degré variable.

VI

M. Périer fait un rapport sur trois observations intéressantes de paralysies post-traumatiques guéries par l'élongation du nerf paralysé par le D[r] Mouchet, chirurgien de l'hôpital de Sens. Dans les deux premiers cas il s'agissait d'une paralysie complète du radial avec anesthésie cutanée, troubles vaso-moteurs intenses, et atrophie musculaire. Dans le troisième cas, on avait affaire à une sorte de compression du nerf tibial postérieur, presque englobé dans un cal consécutif à une fracture du tibia. Dans ce dernier cas, la valeur de l'élongation est donc contestable. Il n'en est pas de même pour les premières observations où il a suffi d'une traction modérée sur le nerf pour voir disparaître promptement les troubles observés antérieurement. Ces opérations ont été faites avec l'aide de la cocaïne.

VII

Pour le D[r] Zambaco-Pacha, l'ainhum n'est qu'une forme atténuée de la lèpre.

L'ainhum a été observé pour la première fois chez les nègres, et pendant quelque temps a été considéré comme

leur étant spécial. Les travaux des médecins de la marine ont montré que cette maladie n'est pas le triste privilège de la race nègre, mais que l'ainhum se rencontre dans toutes les parties du monde et que, loin d'être limitée à l'apparition d'une stricture à la base du 5e orteil d'un seul pied, stricture qui en détermine, à la longue, l'amputation, cette affection peut mutiler plusieurs orteils et passer aux doigts et aux mains. Des recherches faites par le Dr Zambaco, il résulterait que l'ainhum n'est qu'une forme atténuée de la lèpre. Son attention a été attirée sur ce point par un certain nombre de cas d'amputation par stricture spontanée du gros orteil se produisant chez des lépreux avérés. Dans d'autres cas, il a observé des amputations spontanées chez des malades qui ne présentaient d'autres signes de lèpre que des troubles vaso-moteurs trophiques et sensitifs des extrémités, ou des troubles moteurs consistant en une démarche hésitante. Dans tous les cas d'ainhum qu'il a observés, il a trouvé des stigmates incontestables de lèpre. Quant aux rapports de l'ainhum avec la sclérodermie, il n'embarrassent pas le Dr Zambaco, puisqu'il considère de même la sclérodermie comme une forme spéciale de lèpre.

Dr G. NIMIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — II. De la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup. — III. L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux. — IV. Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. — V. Hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique du foie. — VI. Angines a streptocoques avec érythème scarlatiniforme. — VII. Toxicité de l'acide borique.

I

(*Séance du 26 juin.*) — M. le Dr Widal fait un communication très importante sur ce qu'il appelle le *sérodiagnostic de la fièvre typhoïde* et dont nos lecteurs trouveront un exposé dans le compte rendu de l'Académie de médecine de ce mois-ci, à propos d'une communication du professeur Dieulafoy.

Il y a des cas cliniques où il est presque impossible de savoir si l'on a affaire à une phthisie aiguë ou à une fièvre typhoïde, le procédé du Dr Widal a donc une très grande importance, surtout s'il est démontré qu'il est toujours exact.

(*Séance du 3 juillet.*) — M. Rendu rapporte l'observation d'une malade de 22 ans entrée dans son service le 21 juin dernier et « atteinte depuis onze jours de symptômes qui ressemblaient étroitement à ceux d'une fièvre typhoïde ».

A son entrée à l'hôpital, elle présentait l'état suivant :

Aspect typhoïde : injection de la face, abattement, somnolence, mal de tête persistant. Fièvre modérée quant au degré d'accélération du pouls (84), mais intense quant

à la température qui atteignait 40°2. Langue sale, saburrale et sèche, soif vive. Dégoût absolu de la nourriture : urines foncées, légèrement albumineuses. Ventre modérément ballonné, douloureux au niveau de la région iléocæcale, et présentant en ce point du gargouillement très net. Jusque-là, point de diarrhée, plutôt même de la constipation ; les rares garde-robes émises depuis le début de la maladie ayant une odeur particulièrement fétide. Foie de volume normal, mais rate grosse, dépassant 12 centimètres de matité verticale. Respiration régulière et peu fréquente, toux nulle ; malgré cela, nombreux râles sibilants et ronflants dans la partie déclive des poumons.

Ce tableau clinique était de tous points celui d'une fièvre typhoïde, à cela près qu'il manquait un symptôme important, la présence des taches rosées lenticulaires, qui, au onzième jour d'une dothiénentérie, aurait dû être en pleine efflorescence.

De plus, les symptômes usuels de la diarrhée typhique faisaient défaut et étaient remplacés par la constipation ; enfin, dans les premières phases de la maladie, nous ne relevions pas d'épistaxis.

Malgré ces anomalies, l'aspect général de la malade était si semblable à celui d'un typhique avec le gargouillement abdominal, l'hypertrophie de la rate, les râles diffus pulmonaires et l'albuminurie, que je crus devoir porter le diagnostic de fièvre typhoïde et soumettre la malade à la médication par les bains froids. Toutes les quatre heures, jour et nuit, la malade fut plongée dans un bain à 25 degrés pendant dix minutes ; chaque jour, elle reçut un lavement boriqué de 1 litre : l'alimentation se borna à du lait et à de la limonade vineuse.

Le traitement balnéaire fut très bien supporté. Chaque bain donnait lieu à un abaissement de température de plus de 1 degré et à un sentiment de bien-être qui persistait près de trois heures.

La convalescence a commencé le 29 juin, soit le 19e jour de la maladie.

Les recherches de la réaction de Pfeiffer ont donné des résultats négatifs. La malade, conclut M. Rendu, n'avait donc pas de fièvre typhoïde. C'est possible, mais nous serions heureux de savoir ce qu'elle a bien pu avoir. Une maladie fébrile, qui dure dix-neuf jours, est difficile à expliquer en dehors de la fièvre typhoïde ; nous aurions dans tous les cas désiré que M. Rendu ou M. Widal, qui a parlé après lui, aient émis une hypothèse sur la nature des accidents éprouvés par cette malade.

M. Widal a, depuis sa communication de la séance précédente, recherché la réaction chez 17 personnes : 14 bien portantes ou atteintes d'affections diverses, 3 guéries depuis plus d'un an de la fièvre typhoïde. La réaction n'a été rencontrée que chez une seule de ces trois dernières, un étudiant ayant eu une dothiénentérie extrêmement grave et de très longue durée.

II

M. Variot, dans une des séances précédentes de l'Académie de médecine, a proposé d'employer le tube d'O'Dwyer comme cathéter dilatateur pour vaincre le spasme glottique, dans certaines formes de laryngite diphthéritique. Il a remarqué fréquemment qu'en laissant le tube trois à quatre minutes dans le larynx d'enfants qui ont un spasme violent de la glotte avec suffocation, et en le retirant, il obtenait une cessation du spasme avec

régularisation des mouvements respiratoires pendant plusieurs heures. Cette cessation de spasme était quelquefois définitive. Cet effet favorable lui a paru surtout remarquable chez les enfants âgés de plus de deux ans.

On évitera ainsi les inconvénients qui résultent du séjour prolongé du tube dans le larynx :

1° L'obstruction du tube par les mucosités purulentes ou par les membranes ;

2° Les troubles de la déglutition bien fâcheux qui laissent entrer des particules alimentaires ou des liquides dans les voies aériennes ;

3° Les ulcérations de la région antérieure du cricoïde, ou même de la région des aryténoïdes, assez fréquentes après que le tube a été laissé à demeure pendant plusieurs jours. Ces ulcérations sont quelquefois suivies de rétrécissement organique du larynx, comme nous l'avons constaté dans une autopsie, et contribuent à entretenir le spasme chez les tubards.

Le Dr Variot croit qu'en donnant en outre de la codéine aux enfants on favorise la cessation du spasme et on prévient son retour. La dose n'est pas très forte ; il emploie un sirop contenant 1 centigramme de codéine par cuillerée à soupe et en administre une ou deux cuillerées.

Nous avons l'habitude d'employer dans le spasme de la glotte qui vient dans la laryngite striduleuse et même dans celui qui complique le croup, le musc à la dose de 1 centigramme, répétée plusieurs fois, et nous en avons souvent constaté l'efficacité. Le Dr Variot pourrait s'en servir à la place de la codéine avec grand avantage, croyons-nous.

III

M. Variot a observé que chez certains enfants à diphtérie laryngo-trachéale très membraneuse, des accès de suffocation se produisent surtout lorsque les membranes commencent à se décoller sous l'influence du sérum ; la glotte paraît titillée par les débris membraneux, le spasme est intense, subit et nécessite une prompte intervention. Il a remarqué que l'introduction du tube, dans ces circonstances, était fréquemment suivie du bourrage des membranes refoulées dans la trachée, que la lumière du tube était immédiatement obstruée, que l'asphyxie était imminente et que les enfants, pris d'efforts de toux, rejetaient le tube spontanément, et, tout de suite après, des moules membraneux. Après cette expulsion du tube et des membranes, les enfants étaient soulagés, la respiration était régularisée, et il devenait inutile de laisser le tube à demeure.

Il a pensé alors à essayer systématiquement l'écouvillonnage du larynx avec le tube d'O'Dwyer modifié par M. Bayeux.

Il est quelquefois assez difficile de reconnaître d'avance si l'on a affaire à un croup très membraneux et c'est seulement par les symptômes qui accompagnent l'introduction du tube que l'on pourra s'en rendre compte.

Lorsque, le tube mis en place, l'enfant cesse de respirer, se cyanose, asphyxie, bon gré mal gré il faut retirer le tube. Sous l'influence des efforts de toux ou des mouvements de respiration artificielle, le moule membraneux, décollé et fragmenté par le cathétérisme du larynx, est expulsé et l'air rentre librement dans l'arbre aérien ; la respiration se régularise ; la présence du tube laissé à demeure n'est pas indispensable.

Quelques enfants ont guéri après un seul écouvillonnage ainsi pratiqué, en rejetant tout de suite après l'énucléation du tube des membranes de 5 à 10 centimètres de longueur et, le lendemain et le surlendemain, d'autres moules membraneux plus minces et moins longs, sans qu'il ait été nécessaire de recommencer l'écouvillonnage.

D'autres fois, et c'est le cas habituel, il faut réintroduire le tube et recommencer l'écouvillonnage.

La trachéotomie sera une ressource suprême si l'écouvillonnage ne suffit pas à débarrasser la trachée.

L'auteur rapporte ensuite neuf observations à l'appui de sa pratique.

Dans une séance ultérieure (17 juillet), M. Sevestre a présenté quelques objections à ces deux communications.

A propos de l'emploi de la codéine pour diminuer le spasme glottique, il craint les préparations opiacées dans une maladie aussi déprimante que la diphtérie et préfère l'antipyrine, qui lui a paru avoir une action manifeste, et surtout les enveloppements froids qu'il emploie fréquemment « et qui très souvent arrêtent tout net les accès de suffocation; cette médication, loin de déprimer les malades, produit au contraire une réaction des plus favorables sur l'état général ».

Quant aux procédés de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage il ne partage pas l'enthousiasme de M. Variot et il proteste contre leur emploi systématique. Il a peur que des médecins peu habitués au tubage ne les emploient sans discernement et ne fassent que du mal aux malades ; ce sont des procédés possibles dans les hôpitaux d'enfants, entre les mains des internes très familiarisés avec le tubage, dangereux dans la pratique courante.

IV

M. Comby rapporte une nouvelle observation de rash scarlatiniforme dans la varicelle ; en voici le résumé :

G... (Marcel), 4 ans, entre le 11 juin à l'hôpital Trousseau pour une varicelle typique au troisième jour de l'éruption ; les jours suivants fièvre entre 38° et 38°8, poussées successives des vésicules qui se montrent aussi sur la muqueuse buccale.

Le 16. « Rash scarlatiniforme granité et rouge vif, occupant le tronc, les membres, respectant le cou et la face. En même temps, la température qui, la veille au soir, était à 38° et le matin de ce jour à 38°3, monte à 40° dans la soirée, et dépasse même légèrement ce degré les deux jours suivants. » Le rash disparaît après quarante-huit heures, mais il s'était accompagné d'aggravation de l'état général avec hyperthermie, abattement, sécheresse de la langue. Au moment de la disparition du rash, les urines, normales jusque-là, contenaient 0,25 d'albumine qui persista pendant quatre jours.

Au moment de la cessation de l'albuminurie, bubon cervical qui finit par suppurer.

Quoique M. Comby ait noté dans son observation l'absence de desquamation et qu'il n'ait pas parlé d'angine, il me paraîtrait plus naturel de voir dans cette observation l'évolution simultanée d'une varicelle et d'une scarlatine. L'élévation considérable de la température, l'albuminurie, le bubon cervical plaident en faveur de cette hypothèse.

M. Sevestre fait remarquer qu'on réserve ordinairement le titre de rash à des éruptions prémonitoires, précédant l'éruption principale, et il attribue à une infection secondaire, probablement streptococcique, les accidents survenus chez ce petit malade.

V

(*Séance du 10 juillet.*) — M. Hanot signale qu'il se fait dans les cirrhoses alcooliques hypertrophiques, comme il a pu le constater chez un malade mort d'une affection intercurrente, une hyperplasie compensatrice du foie. Contrairement à ce qui se passe chez les animaux sains (expériences de Meister) où cette hyperplasie est régulière, c'est-à-dire constituée par des lobules composés de cellules hépatiques à morphologie ordinaire et de trabécules présentant l'ordination radiée normale, on trouve une hyperplasie irrégulière constituée par des lobules composés de cellules modifiées et de trabécules présentant une direction plus ou moins flexueuse.

Nous pouvons rapprocher de ce que rapporte le Dr Hanot l'observation de kyste hydatique de M. Chauffard, dont nous avons parlé dans le même numéro.

VI

M. Florand appelle l'attention de la Société sur des cas nombreux qu'il vient d'observer d'angines à exsudat présentant soit les caractères de l'angine herpétique, soit de l'angine pultacée débutant brusquement, s'accompagnant d'une fièvre vive et d'une courbature générale intense et sévissant, en général, par épidemie sur toutes les personnes d'une même famille. Toutes les fois que l'examen de l'exsudat a été pratiqué, il renfermait des streptocoques. Ces angines se sont montrées, le plus souvent, à l'état isolé ; mais, dans un quart des cas au moins, elles se sont accompagnées, vingt-quatre à quarante-huit heures après le début, d'un érythème scarlatiniforme intense occupant le cou, le thorax, le dos, l'abdomen, les plis des aines,

respectant la face et les membres. Il n'a jamais vu de desquamation scarlatiniforme, mais quelquefois un peu de desquamation furfuracée et seule, souvent, l'absence de desquamation a permis d'éloigner le diagnostic de scarlatine, car l'angine avec adénite parfois très intense et l'éruption permettent souvent d'hésiter pendant plusieurs jours.

Il a vu cinq ou six de ces angines se terminer par un phlegmon de l'amygdale. Dans tous les cas, les phénomènes locaux ont été douloureux. L'évolution s'est faite généralement en cinq, six ou huit jours. Seule, la suppuration implique une plus longue durée.

A la séance suivante, M. Beclère, à propos de cette communication, voudrait établir que l'absence de desquamation ne suffit pas pour écarter le diagnostic de scarlatine. Et voici le fait qu'il rapporte à l'appui de son affirmation.

Un médecin de ses amis est appelé dans la nuit du 23 avril 1895 auprès d'une jeune fille atteinte de vomissements répétés avec fièvre. C'était le début d'une scarlatine typique, ayant présenté la marche ordinaire de cette maladie : l'aspect spécial de la langue, la desquamation en larges lambeaux aux pieds et aux mains. Ce médecin, n'ayant pu se rendre compte pendant sa visite nocturne qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse et n'ayant pas pris de précaution, ses deux filles furent prises successivement à cinq jours de distance, le 28 avril et le 3 mai, d'une scarlatine absolument normale, ayant évolué de la façon la plus normale avec cette particularité que chez l'aînée la desquamation fut typique et que « la plus jeune, soigneusement examinée chaque jour, ne présenta pas de desquamation appréciable ; c'est tout au plus si à la plante de l'un des pieds on découvrit un jour une mince squame épidermique de deux millimètres carrés environ ».

Il n'y a donc pas lieu de nier la possibilité de la scarlatine, lorsque la desquamation manque.

VII

On a signalé quelques accidents graves et même mortels à la suite de l'absorbtion d'acide borique. M. Catrin a l'intention d'étudier cette question à fond ; en attendant, il vient soumettre à la Société les résultats de quelques expériences sur les animaux.

« Pensant être démonstratif par l'énormité des doses, je fis ingérer, le 7 mai, à un cobaye du poids de 740 grammes, 4 grammes d'acide borique dissous dans 100 grammes d'eau ; le lendemain, même dose : le cobaye meurt dans la nuit suivante. L'autopsie montra une congestion intense des viscères abdominaux et particulièrement du tube digestif, qui, depuis l'estomac jusqu'au cæcum, était arborisé, rouge sans que néanmoins il existât des ulcérations de la muqueuse. Caillots abondants dans les deux oreillettes, ventricules vides. Pas de tubercules dans les poumons qui paraissent normaux.

« Le 12 mai, à un cobaye du poids de 805 grammes, je fais avaler 1 gramme d'acide borique dissous dans 25 grammes d'eau. De même les 13 et 14 mai ; l'animal meurt dans la nuit du 14 au 15. L'autopsie montre les mêmes résultats que précédemment, mais la congestion viscérale est moins intense.

« Le 6 juin, à un cobaye du poids de 805 grammes, je ne donne cette fois que 40 centigrammes d'acide borique dans 10 grammes d'eau. A cette dose, l'animal résiste cinq jours ; il meurt dans la nuit du 10 au 11, après une diarrhée intense.

« Enfin le 21 juin, je diminue encore la dose, et c'est

seulement 20 centigrammes d'acide borique dissous dans 5 grammes d'eau que je fais boire à un cobaye de 747 grammes. L'animal maigrit assez rapidement ; le 25 juin, il ne pèse plus que 680 grammes; le 1er juillet, 620 grammes.

« A partir de cette époque, il est moins vif, mange mal, a un peu de diarrhée ; son poil est sec, perd son aspect luisant. Le 8, le cobaye ne pèse plus que 400 gr. et il meurt dans la nuit du 9 au 10.

« La congestion viscérale est moindre encore que dans les autopsies précédentes.

« Je ne prétends pas avoir élucidé la question et ne veux point encore poser de règles après un nombre aussi restreint d'expériences; néanmoins l'issue funeste dans les 4 cas et la gradation de la durée de la survie (4 grammes, deux jours ; 1 gramme, trois jours ; 40 centigrammes, cinq jours ; 20 centigrammes, dix-huit jours), peuvent donner déjà une certaine valeur à ces résultats que je compléterai en diminuant encore les doses et en employant d'autres espèces animales. »

« Toutefois, on remarquera que si l'on calcule la dose toxique pour un homme du poids moyen de 60 kilogrammes, on trouve qu'il suffit de 19 à 20 grammes d'acide borique pour causer des accidents mortels, si l'on prolonge assez longtemps l'emploi du médicament; or, dans la fièvre typhoïde par exemple, le cas peut se présenter et, d'autre part, l'on m'a affirmé qu'on donnait un verre de solution boriquée pour obtenir l'asepsie des voies urinaires. Malgré le petit nombre de mes expériences, j'hésiterai à l'avenir à prescrire des lavements d'un litre d'eau boriquée à 4 p. 100. »

M. Marfan ajoute que les médecins qui ont employé le

borate de soude pour combattre l'épilepsie « ont signalé des nausées, de la diarrhée, des éruptions d'eczéma et de psoriasis », et ont dû souvent interrompre le traitement. M. Gaucher avait conseillé d'administrer aux phthisiques de 1 à 4 grammes d'acide borique ; M. Marfan a dû abandonner cette pratique à cause de l'anorexie, des nausées et des vomissements qu'elle détermine.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

DIATHÈSE PURULENTE CONSÉCUTIVE A LA BLENNORRHAGIE

M. Combemale rapporte, dans le *Bulletin médical du Nord*, l'observation suivante :

Chez un sujet de 35 ans au cours d'une blennorrhagie datant de deux mois, mal soignée, ou maladroitement soignée, survient un rhumatisme infectieux, non plus monoarticulaire, mais polyarticulaire ; puis quelques jours après une néphrite non douteuse avec douleur lombaire, œdème, céphalée ; l'infection généralisée ou surajoutée se termine brusquement par une bronchite purulente, de la parotidite. L'autopsie n'a pu être faite. (*Médecine moderne*, 4 juillet.)

LA VARICELLE DU LARYNX. LA LARYNGITE SUFFOCANTE VARICELLEUSE

La varicelle du larynx est beaucoup plus rare que les autres déterminations muqueuses de cette affection : bouche, pharynx, conjonctive, cornée. On n'en connaît

que quelques observations (A. Ollivier et Boucheron, Manouvriez, Lori). A ces faits, il faut ajouter les deux cas que publient MM. Marfan et Hallé, dont l'un est terminé par la mort et l'autre par la guérison après trachéotomie.

Les déterminations laryngées de la varicelle sont précoces; elles se produisent dès le début de l'éruption ou très peu de temps après, ce qui contribue à les séparer des laryngites dues à une infection étrangère et secondaire.

La laryngite varicelleuse est caractérisée anatomiquement par de petites ulcérations nettement circulaires, peu nombreuses, siégeant de préférence sur les cordes inférieures. Autour de ces ulcérations, la muqueuse peut être le siège d'une hyperémie plus ou moins intense et plus ou moins étendue. Ces deux ordres de lésions expliquent les deux formes cliniques qui trahissent l'exanthème laryngé.

Tantôt la varicelle du larynx détermine une laryngite avec sténose permanente simulant le croup diphtérique et nécessitant la trachéotomie.

Tantôt elle se traduit seulement par des accès de spasme de la glotte pouvant être mortels.

La varicelle du larynx est donc une manifestation grave qui peut amener la mort, soit dans un accès de spasme de la glotte, soit par le fait d'une broncho-pneumonie secondaire.

Les infections bronchiques vulgaires sont assez fréquentes au déclin de la varicelle, surtout dans les hôpitaux, mais la bronchite, la broncho-pneumonie et même la pleurésie doivent être mises sur le compte d'infections secondaires, où la varicelle de la trachée et des bronches est problématique.

Le diagnostic doit être fait avec la diphtérie laryngée.

Il est basé sur l'examen bactériologique des sécrétions de la gorge qui, dans la varicelle du larynx, ne donne pas de bacilles de Lœffler.

Comme traitement, il ne faut pas hésiter à recourir à la trachéotomie ou à l'intubation du larynx, dès que le tirage devient intense et persistant, ou quand il se produit des accès de suffocation qui menacent la vie. (*France médicale*, 6 juillet.)

PRÉSENCE DU BACILLE D'EBERTH DANS L'EAU, LE SOL ET LES MATIÈRES FÉCALES D'INDIVIDUS SAINS

MM. Remlinger et Schneider communiquent à la Société de biologie (18 juillet) les recherches qu'ils ont faites sur la présence du bacille d'Eberth dans ces divers milieux, au moyen du procédé d'Elsner.

Sur 36 analyses d'eaux de provenances diverses, le bacille d'Eberth a été trouvé 8 fois : 2 fois en pleine épidémie typhique et 5 fois en dehors de toute épidémie.

Le bacille d'Eberth a été rencontré 1 fois aussi dans l'eau de Seine.

Des échantillons de terre, recueillis à des profondeurs variables, contenaient 6 fois sur 10 le bacille d'Eberth.

La signification étiologique de ces bacilles, existant dans l'eau ou dans le sol, en dehors de toute épidémie, est difficile à préciser : il faut noter cependant que la plupart d'entre eux se sont montrés pathogènes pour le cobaye.

MM. Remlinger et Schneider ont enfin trouvé le bacille d'Eberth chez des individus non typhiques (paludéen, leucémique, brightique, etc.), et qui n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde.

Ces recherches ont été entourées de toutes les garanties possibles. De nombreux bacilles pseudo-typhiques ont été éliminés. Seuls, ont été considérés comme bacilles d'Eberth les bacilles qui, en plus des caractères classiques (non formation d'indol, absence d'action sur la lactose, etc., etc.), présentaient d'une façon évidente, après addition de sérum antityphique, le phénomène qui a été décrit par Grüber et Kolle sous le nom de glabrification et qui est considéré comme tout à fait caractéristique du bacille d'Eberth. (*Médecine moderne*, 27 juillet.)

LE FAUX RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Sous ce nom ou sous celui de *rétrécissement mitral spasmodique*, M. Cuffer et son élève M. Chevereau décrivent une forme morbide nouvelle.

Les observations qu'ils publient ont trait à des sujets nerveux, présentant les signes physiques de la sténose mitrale, mais ces signes sont changeants, n'ont pas la rudesse habituelle des signes semblables du vrai rétrécissement mitral et peuvent disparaître complètement un jour pour ne plus reparaître.

On devrait songer à cette variété de rétrécissement mitral toutes les fois qu'on en trouve les signes physiques chez un hystérique ou un saturnin.

Le traitement recommandé par les auteurs est le bromure de potassium, et l'on doit conseiller au malade de vivre de la vie ordinaire et de penser le moins possible à l'état de son cœur. (*Semaine médicale*, 22 juillet.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA NÉVRALGIE FACIALE

M. G. Marchand rapporte à la Société de chirurgie

l'histoire de deux malades qu'il a opérés pour des névralgies faciales rebelles, vraisemblablement des tics douloureux.

Il a fait la résection du maxillaire supérieur par le procédé de M. Quenu suivie de l'ablation du ganglion de Gasser. On sait en quoi consiste le procédé de M. Quenu. On dessine un lambeau cutané dans la fosse temporale, puis après désinsertion des muscles on rugine l'os temporal, on fait sauter l'apophyse zygomatique. Le nerf maxillaire supérieur est compris entre l'apophyse ptérygoïde externe et l'épine du sphénoïde. Puis on pénètre dans le crâne par une trépanation. On saisit alors le nerf et on le résèque. Mais avant la résection du nerf on se sert de ce nerf pour trouver le ganglion de Gasser qu'on dilacère ou qu'on résèque suivant les idées du chirurgien. Chez une malade d'Ivry il a fait la résection du nerf maxillaire supérieur et a dilacéré le ganglion. Cette malade a parfaitement guéri et reste guérie depuis deux ans.

Il a refait la même opération chez un malade atteint d'une névralgie extrêmement violente et rebelle du trijumeau. Il a appliqué le procédé de M. Quenu.

Après l'opération, lors du premier pansement, quand la gaze iodoformée fut enlevée, le malade tomba brusquement dans le coma dont il sortit cependant au bout de quelques jours.

Au bout de quelque temps, il survint des troubles trophiques du côté de l'œil ; la cornée s'ulcéra. Cependant tout rentra dans l'ordre, et le malade est guéri du côté de son œil. Quand à sa névralgie faciale, quoiqu'elle ait été améliorée, elle n'a pas disparu complètement. En tout cas, il persiste actuellement de la contracture des mâchoires.

Que devons-nous donc penser de l'extirpation du ganglion de Gasser? Et tout d'abord M. G. Marchand croit qu'on n'enlève jamais complètement ce ganglion, car la sensibilité ne disparaît pas complètement à la face après la prétendue ablation du ganglion. De plus, la pièce anatomique devrait pouvoir servir à nous prouver que l'ablation a été complète. Or, pour un ganglion qu'il a enlevé, ganglion qu'il croyait complet macroscopiquement, il fait faire l'examen histologique par M. Gombault. Or M. Gombault a répondu que ce que je croyais être le ganglion de Gasser ne contenait pas trace de tissu nerveux. C'était tout simplement un amas de tissu conjonctif.

Il se demande donc si souvent on n'a pas ainsi enlevé tout autre chose que le ganglion de Gasser. Pour être convaincu, il faudrait toujours faire pratiquer l'examen histologique de la pièce enlevée. (*Médecine moderne*, 8 juillet.)

Il s'agit là d'une opération très importante, mais l'intensité des douleurs du tic douloureux permet d'y recourir.

EMPOISONNEMENT MORTEL PAR LE PÉTROLE

Il s'agit, dans le cas que M. Johannessen rapporte dans la *Berl. kl. Woch.*, d'une enfant de 2 ans ayant absorbé du pétrole par défaut de surveillance (la quantité de pétrole n'a pu être évaluée). L'examen fait quelques heures après a donné le tableau suivant : pâleur des téguments, lèvres cyanosées, respiration embarrassée, fréquente (56 par minute), légère obnubilation des sens, pouls un peu inégal, à 144 pulsations par minute. Tem-

pérature 37°5. Les vomissements provoqués étaient muco-sanguinolents. Les selles exhalaient l'odeur du pétrole.

Malgré les lavages d'estomac, les lavements et les stimulants, la fillette est morte trois heures après dans le coma, avec chute de la pression sanguine et dyspnée violente.

A l'autopsie on ne trouva aucun lésion ; aussi l'auteur suppose-t-il que la mort a été provoquée par suite de l'action destructive du pétrole sur les ganglions vitaux du système nerveux central. On sait, d'ailleurs, que, d'après Kobert, les hydrocarbures du pétrole sont des poisons cérébraux.

D'après Lewin l'aspiration des exhalations des sources de pétrole est sans danger si elles sont mélangées à de l'air. Dans les puits on observe parfois des cas d'intoxication se traduisant au début par une sorte d'allégresse générale et une facilité particulière de la respiration auxquelles font bientôt suite une céphalée avec pesanteur de la tête, puis la perte de connaissance ou un état narcotique avec cyanose, myosis et vomissements. Cependant la mort dans cet état n'a été observée qu'une fois.

L'inhalation chronique des émanations du pétrole donne lieu à des bronchites chroniques avec dyspnée et à de l'anémie.

L'emploi externe du pétrole provoque des processus inflammatoires aigus des glandes sébacées et des follicules pileux ; dans les cas graves toute la peau peut être atteinte avec son tissu sous-cutané ; il peut en résulter des états inflammatoires graves. C'est ainsi que Lassar a observé, chez un malade qui s'était badigeonné tout le corps de pétrole (pour guérir son prurit), une néphrite grave ayant amené la mort au bout de quatre mois.

Quant à l'empoisonnement par voie gastrique les symptômes peuvent être soit du type gastrique, avec irritation bucco-pharyngée, vomissements et parfois diarrhée avec coliques, ou bien du type cérébral avec céphalées, sentiment de peur inexplicable, vertiges : le pouls se ralentit peu à peu et la mort survient dans le collapsus. Le cas de Johannessen paraît d'ailleurs être le premier empoisonnement *mortel* par ingestion de pétrole.

On n'a pas remarqué de rapport entre la quantité de pétrole absorbée et la gravité des symptômes, car on a vu des sujets avaler 240-400 centimètres cubes de pétrole sans présenter aucun signe d'empoisonnement, tandis que d'autre part on a vu 80 centimètres cubes et même une dose plus faible provoquer des troubles plus ou moins graves. (*Médecine moderne*, 29 juillet.)

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE TABAC A PRISER

M. Gelineau publie un travail fait d'après des observations prises à la clinique du Dr Rœtel montrant que les grains de tabac à priser vont irriter le nez et le pharynx, et qu'ils peuvent pénétrer dans l'oreille par la trompe d'Eustache.

Ce tabac à priser peut causer :

1° Du *catarrhe naso-pharyngien ;*

2° De la *rhinite et de la pharyngite hypertrophiques ;*

3° De l'*inflammation tubaire* avec toutes ses conséquences (vertiges, bourdonnements et surdité) ;

4° Enfin, ce qui est bien plus grave, de l'*otite moyenne suppurée*. (*Journal d'hygiène*, 23 juillet.)

VARIÉTÉS

LE TOMBEAU DE HAHNEMANN A PARIS

C'est une tombe bien modeste et bien abandonnée que celle qui protège le corps du fondateur de l'homœopathie ! Hahnemann gît au cimetière Montmartre absolument oublié de tous, et pendant qu'on élève un monument de 500.000 francs sur une place publique, à Washington, l'endroit où reposent les restes du Maître est livré à la destruction du temps. Une toiture en zinc usée, des grilles mangées par la rouille, une pierre sans épitaphe, des mauvaises herbes tout autour, tel est l'emplacement du corps de cet homme dont la doctrine est reconnue par plus de 12.000 médecins !

Je me hâte de dire que les homœopathes français ne sont pas coupables de cette honte. Au moment de la mort du maître, en 1842, Paris contenait suffisamment d'homœopathes et de partisans de la doctrine pour recueillir une souscription qui permît d'offrir au maître un tombeau digne de son nom. Mais il fallait compter avec l'autorisation de la famille, et Mme Hahnemann, sa veuve, seule maîtresse du corps de son mari, imposa ses volontés et enterra Hahnemann d'une façon presque secrète.

On ne connut la mort de Hahnemann que quatre jours après son enterrement, me dit un docteur qui avait été intimement lié avec Chargé et quelques disciples directs du maître, et aujourd'hui on ne sait pas exactement même si Hahnemann mourut à Paris ou à Nice !

Le célèbre Chargé, qui avait été médecin de l'empereur

Napoléon III, fit des tentatives réitérées auprès de Mme Hahnemann pour faire construire un monument au fondateur de l'homœopathie ; la veuve, qui pratiquait la méthode du maître rue du Faubourg-Saint-Honoré, sous la responsabilité légale de son gendre, un fils du grand Bœnninghausen ou peut-être Bœnninghausen lui-même, je ne sais pas exactement, s'y refusa obstinément.

Les années s'écoulèrent, et peu à peu on laissa à la veuve l'entretien de la tombe sans contrôle ; et la tombe passa dans l'oubli le plus complet !

Trente ans après la mort de Hahnemann, sa veuve mourut, en 1872, laissant une fille adoptive, Mme de Bœnninghausen. Cette fille avait été adoptée, m'a-t-on dit, par le premier mari de Mme Hahnemann.

A cette époque les homœopathes français auraient pu faire une démarche auprès de l'héritière indirecte, mais la France venait d'essuyer de cruels revers et personne ne s'en occupa.

L'oubli est une situation qui s'aggrave toujours avec le temps, et jusqu'à ce jour la tombe de Hahnemann était absolument délaissée !

Je reçus, il y a un mois, la visite de M. Charles Platt, professeur de chimie à « Hahnemann Collège » de Philadelphie. Il m'avait été adressé par le Dr Bradfort, bibliothécaire de Hahnemann Collège, et auteur d'une vie de Hahnemann. Il me fit part de l'état de délabrement dans lequel se trouvait la tombe du maître.

Bien plus, le tombeau se trouvant dépasser en surface la limite réglementaire, le concessionnaire du cimetière aurait eu le droit d'enlever la tombe et de la mettre dans la fosse commune, si quelqu'un ne payait pas l'achat de terrain supplémentaire.

Il fallait 110 francs pour acheter ces quelques centimètres de terrain, et « Hahnemann Collège » de Philadelphie vient de les payer aujourd'hui à la ville de Paris par l'intermédiaire de M. Charles Platt !

Je suis allé le 25 juin avec M. Platt au cimetière Montmartre, où l'on nous a montré la tombe de Hahnemann. C'est une grande pierre, plus large que les autres, recouverte de ce toit en zinc à moitié abîmé et protégée par une grille toute rouillée. Six couronnes aussi vieilles peut-être que l'entourage sont perchées sous le zinc. Un journal allemand a photographié il y a nombre d'années le tombeau de Hahnemann, les six couronnes y étaient représentées !

Sur la pierre tumulaire, aucune inscription ; seulement en petites lettres. C. P. avec un numéro, indiquant une concession à perpétuité.

Hahnemann n'est pas seul dans le caveau, c'est le troisième mort qui le remplit ; les deux autres corps, en dessous de Hahnemann, appartiennent à la famille Lethière, dont un des membres fut un peintre distingué et professeur à l'Ecole de Rome. Le caveau n'appartient donc pas à Hahnemann, mais à la famille Lethière, dont il ne reste plus de descendants ; ce qui fait que, malgré les trois corps, le caveau est dans l'abandon.

A côté de cette sépulture Lethière, se trouve une pierre tombale, entretenue avec soin, ornée de fleurs fraîches et de couronnes apportées chaque année ; c'est la tombe de Mme Hahnemann, qui dans ses dernières volontés désira être enterrée auprès de son mari.

La tombe de Mme Hahnemann, en granit fin, porte une inscription sur la pierre, on lit son nom, ses prénoms, dates de naissance et de mort : et surtout distinctement ces mots, « épouse de Samuel Hahnemann ».

Cette tombe est religieusement entretenue par la fille de Mme Hahnemann, Mme de Bœnninghausen. qui vit retirée dans une petite ville de Westphalie, à Durap.

Chaque année, Mme de Bœnninghausen vient passer une quinzaine de jours à Paris, et donne les ordres à son marbrier, M. Noël, pour entretenir la tombe de sa mère.

N'y a-t-il pas lieu, en voyant ces deux tombes, l'une fraîchement entretenue, l'autre complètement délaissée, de faire d'amères réflexions ?

Est-il possible d'oublier à ce point un homme qui vous a élevé, et qui a rendu tant de services à l'humanité ! Peut-on délaisser le fondateur de l'homœopathie quand on porte soi-même un nom si illustre en homœothie !

Mme de Bœnninghausen passant la plus grande partie de l'année en Westphalie laisse comme son procurateur à Paris, M. Cloquemin, directeur de la compagnie d'assurances « la Paternelle ». Aussi, le registre du cimetière Montmartre possède uniquement le nom de M. Cloquemin, comme personne s'occupant de la sépulture Lethière-Hahnemann. On lit sur la feuille administrative : « S'adresser à M. Cloquemin pour toute demande » ; le nom de Mme de Bœnninghausen n'y est pas.

Il existe cependant en Angleterre un docteur Hahnemann qui se dit petit-fils du maître, probablement petit-fils adoptif de Hahnemann, car j'ai entendu dire que Hahnemann n'avait pas eu d'enfants. Or le nom du petits-fils de Hahnemann n'est pas non plus sur le registre du cimetière Montmartre.

Je suis donc allé voir M. Cloquemin, qui m'a donné fort aimablement plusieurs explications. Ce monsieur, grand ami de la famille de Mme Hahnemann, sa belle-

sœur ayant vécu intimement avec la veuve et avec sa fille Mme de Bœnninghausen, n'a jamais connu Hahnemann. Il accomplit un pieux devoir en entretenant la tombe de Mme Hahnemann, pour laquelle il avait une grande sympathie; mais n'étant pas médecin homœopathe et n'ayant jamais connu Hahnemann, il est tout naturel qu'il délaisse un peu le caveau de son mari ?

Cependant il m'a dit que, comprenant le motif louable de notre démarche, il se faisait fort d'engager Mme de Bœnninghausen à confier le soin du tombeau de Hahnemann à ses disciples.

Pour le moment, M. Platt a reçu de « Hahnemann Collège » de Philadelphie l'autorisation de donner une certaine somme pour l'entretien de la tombe de Hahnemann. On va y faire quelques réparations provisoires pour la modeste somme de 80 francs. Nous avons décidé, M. Platt et moi, d'enlever la vieille toiture en zinc, de gratter et de repeindre en noir la grille d'entourage, et de laver la pierre tumulaire.

Pauvre tombeau qui cache un si grand homme !

D[r] FRANÇOIS CARTIER.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS

Devant la pléthore des praticiens, dans les grands centres principalement, la question des étrangers admis au doctorat en médecine français et faisant concurrence ici même à nos compatriotes est à l'ordre du jour et dans la presse médicale et même au Parlement français.

On trouve injuste que des jeunes gens étrangers puissent venir en France se faire recevoir docteurs sans avoir fait les études classiques auxquelles sont astreints les prati-

ciens français, sans passer par les épreuves du baccalauréat.

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante sur cette question :

Paris, le 21 juillet 1896.

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre des études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalau-

réat français en vue de l'inscription dans les universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires des pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, etc.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
A. RAMBAUD.

Nous trouvons très justifiée la distinction établie par le ministre, entre les étudiants étrangers qui se destinent à exercer en France et ceux qui doivent retourner dans leur pays. Les intérêts des praticiens français nous paraissent ainsi sauvegardés.

Dr MARC JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1896

DERMATOLOGIE

LA LÈPRE

I

Il y a quelques années encore, on aurait pu croire que parler de la lèpre était chose absolument spéculative et n'offrant qu'un intérêt scientifique rétrospectif. De temps en temps, on signalait à l'hôpital Saint-Louis la présence d'un lépreux, que les amateurs de *cas rares* s'empressaient d'aller visiter, mais on ne pensait pas qu'en France, il pût y avoir encore des lépreux authentiques, des foyers de lèpre autochtone, se perpétuant depuis des siècles, sans éveiller la curiosité des médecins. Il a fallu qu'un médecin étranger, le docteur Zambaco-Pacha, remit la question à l'ordre du jour et, dans plusieurs communications à l'Académie de médecine, réveillât l'attention de nos compatriotes sur un sujet qui semblait un peu voué à l'oubli.

De nos jours, et dans nos climats, la lèpre ne se montre plus avec cette marche envahissante qui pendant des siècles fut un véritable fléau pour l'humanité. C'est au VIII[e] siècle surtout, ainsi qu'au moment des croisades, que des milliers de léproseries s'élevèrent en France, en Allemagne et en Angleterre, témoignant du grand nombre de malheureux, victimes de cette épouvan-

table maladie. Des lois sévères leur interdisaient le mariage et les relations sociales, et dès qu'un individu était reconnu lépreux, gentilhomme ou manant, il était relégué à la léproserie jusqu'à la fin de ses jours.

Dans les pays orientaux, la lèpre était bien plus ancienne. Elle sévissait en Egypte bien avant l'apparition de la Bible. Des papyrus découverts dans les fouilles démontrent que la lèpre ravageait les terres des Pharaons bien avant l'Exode; et le texte du livre de Moïse prouve d'une manière prérremptoire que le *tsarahath* — mot hébreu qui signifie *insensibilité* et qui servait à désigner la lèpre — était très connu en Egypte, puisque l'Eternel ordonnait à son prophète d'opérer le miracle de la disparition de la lèpre blanche de sa main devant Pharaon, pour le convaincre qu'il était l'envoyé de Dieu.

De l'Egypte, qu'on peut considérer comme son berceau, elle fut propagée dans tous les sens, d'abord par les Phéniciens, ces hardis navigateurs qui faisaient le commerce avec les divers peuples de l'antiquité, puis par les Hébreux, qui envahirent la Palestine, et enfin par les Ioniens, successeurs des Phéniciens comme colonisateurs et trafiquants, et qui se fusionnèrent avec les Sémites de Tyr et de Sidon. Je n'ai pas besoin de suivre la lèpre à travers les âges, passant des Phéniciens aux Grecs, des Grecs aux Romains, puis des Sarrazins à l'Afrique, à l'Ibérie et à la Gothie. Ceux que ces recherches historiques pourraient intéresser, en trouveraient la description détaillée dans le beau livre du regretté professeur Leloir (1). Je signalerai

(1) Traité théorique et pratique de la lèpre, par Henri Leloir, Paris, 1886.

seulement qu'au début du XIVe siècle, le nombre de lépreux diminua sensiblement, et lorsqu'à la fin de ce même siècle, quand apparut une affection contagieuse, réputée nouvelle, la syphilis, la lèpre sembla complètement éteinte. Deux cents ans après, en 1695, Louis XIV déclara par décret que la France était officiellement indemne de lèpre, et les léproseries furent supprimées.

II

Jusqu'à ces dernières années l'opinion dominante parmi les savants était que la lèpre, ainsi que l'avait jugé Louis XIV, avait disparu de la plupart de ses anciens foyers et qu'on ne la retrouvait plus en Europe que sur le littoral de la Méditerranée, sur les côtes du golfe de Bothnie et en Islande ; et encore, dans ces pays, la supposait-on en décroissance continue, grâce aux mesures d'isolement prises par les divers gouvernements. Les médecins ne firent plus mention de cette maladie dans leurs travaux. Il faut arriver jusqu'au premier tiers de notre siècle pour rencontrer, dans les écrits périodiques, quelques faits exposés avec détails, et embarrassant par leurs symptômes les observateurs qui ne savent à quel groupe nosologique les incorporer. Ces auteurs se bornent donc à les décrire avec minutie sous la rubrique de *maladie étrange*, *bizarre* ou *innominée* (Nirault d'Angers, Phirial, Pierquin, Forget, etc.).

En 1883, le docteur Morvan, de Lannilis (Finistère) découvre une maladie nouvelle consistant en la mutilation successive de plusieurs doigts à la suite de panaris analgésiques. Cette entité morbide, acceptée par les plus grandes autorités médicales, reçoit bientôt le nom de *maladie de Morvan*.

Quelque temps après, des observateurs frappés de certaines déformations des mains qui prennent la forme de griffe, et qui sont accompagnées d'anesthésie, de dissociation de la sensibilité, de thermo-anesthésie, ainsi que de certains troubles trophiques, créent une autre entité morbide qu'ils appellent *syringomyélie*, des autopsies ayant démontré la présence d'un canal creusé dans la moëlle rachidienne. Le docteur Déjerine ayant trouvé un exsudat de nouvelle formation envahissant la moelle et y creusant des lacunes, attribue la maladie à la néoplasie connue sous le nom de *gliome*.

Dans ces dernières années, d'autres observateurs éminents ayant rencontré des faits insolites ne pouvant être rapportés à aucun des types cliniques reconnus, se sont vus obligés de créer de nouveaux noms pour ces maladies *non signalées jusqu'alors*.

C'est ainsi qu'ont vu le jour la *sclérodermie*, la *sclérodactylie*, l'*aïnhum*, les *trophoses*, la *morphée*, l'*asphyxie locale* avec *gangrène symétrique*. Toutes ces maladies sont-elles autonomes, ou sont-elles, comme le revendique avec une ardeur, une conviction, une science entraînantes le docteur Zambaco-Pacha, des variétés d'une seule et même maladie préhistorique, vieille comme le monde, la lèpre, que le célèbre médecin de Constantinople désigne sous le nom générique de *léprose*, à l'instar de la *tuberculose*, autre maladie générale qui comprend également un grand nombre de modalités souvent très dissemblables entre elles en apparence. Voyons donc quelles sont les manifestations de la lèpre, et comment elles permettent de supposer qu'on puisse leur rattacher les différents états morbides que nous venons d'énumérer.

III

La lèpre est une maladie chronique parasitaire, due au développement d'un bacille découvert par *Hansen*, bacille ressemblant beaucoup au bacille de la tuberculose ou bacille de *Koch*. Il se présente sous la forme d'un bâtonnet dont les extrémités sont parfois un peu amincies ; il est plus court, plus mince, et se colore plus facilement que celui de la tuberculose.

Elle est caractérisée par la production de néoplasmes qui se développent particulièrement sur la peau, sur les muqueuses, au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et, suivant Leloir, dans certains viscères. Elle amène presque toujours la mort.

Suivant que les néoplasmes spécifiques (lépromes de Leloir, léproses de Zambaco, léprides de Besnier) se systématisent, on a différentes variétés de lèpres.

Lorsque les lépromes se localisent à la peau et aux muqueuses, on a la *variété tuberculeuse ou noueuse*, *léonine*, *éléphantiasique*, *hypertrophique*, *maculeuse*, *mutilante*, que l'on pourrait appeler, d'après Leloir, *lèpre systématisée tégumentaire*.

Lorsque les lépromes se localisent surtout dans les nerfs on a la *variété anesthésique ou trophoneurotique*, que l'on pourrait appeler *lèpre systématisée nerveuse*.

Mais, il faut bien le reconnaître, il est rare d'observer des variétés aussi tranchées, et la plupart du temps les localisations, les lésions et par conséquent les symptômes se mêlent et se combinent, ce qui donne une *variété mixte* qui représente le type complet de la lèpre et en démontre l'unité.

A. Lèpre tuberculeuse. — Cette première variété, appelée

par Zambaco lèpre exsudative ou néoplasique, se manifeste d'abord par de petites saillies ou tubercules, mais le plus souvent le début consiste en taches de grandeurs variables, hyperhémiques, érythémateuses, d'un rouge pâle ou vineux, parfois violacées et livides ou bien brunâtres, d'un brun jaunâtre, ou bien franchement pigmentaires.

A cette première période, comme plus tard d'ailleurs, on voit survenir des poussées d'érythème noueux accompagnées d'élévation de température considérable.

Bientôt après on voit apparaître soit sur les plaques dont nous venons de parler, soit sur la peau saine, l'élément caractéristique de l'affection, le *tubercule lépreux*. C'est une sorte de nodosité arrondie, dont la dimension varie entre celle d'un grain de mil et celle d'une noisette. Sa consistance est dure et comme élastique, sa couleur va du rouge pâle ou brunâtre à la teinte cuivrée. A la surface les vaisseaux sont dilatés et forment des arborisations d'un rouge vif.

Les tubercules lépreux ont deux sièges distincts. Tantôt et le plus souvent, ils prennent naissance dans le derme (lépromе dermique pur de Leloir), envahissant ensuite l'hypoderme sous-jacent ; tantôt ils se forment directement dans l'hypoderme (léprome hypodermique de Leloir), de telle sorte qu'au début d'une lèpre tuberculeuse, alors qu'aucune lésion n'est encore visible à l'œil nu, en passant la main sur les téguments, on suit des bosselures qui donnent la sensation de nodosités sous-cutanées soit isolées, soit réunies en plaques. Les tubercules cutanés se rencontrent surtout : 1° à *la face*, et en particulier au front, aux paupières, au nez qui est épaissi, élargi, aplati ; aux lèvres qui sont volumineuses, proéminentes ; au menton et aux joues qu'on voit infiltrés, bosselés ; aux

oreilles enfin, dont le lobule est un siège de prédilection du tubercule lépreux ; 2° aux *mains* et aux *avant-bras*, ou les tubercules forment des groupes symétriques qui atteignent parfois une grande épaisseur vers le poignet, le dos de la main, le coude ; 3° *aux membres inférieurs*.

Une fois développés, les tubercules grossissent, deviennent confluents, se compliquent d'œdème, ou tendent à la régression, se ramollissant, pâlissant, s'affaissant, pour disparaître en laissant une tache blanche, d'un blanc jaunâtre, pigmentée à la périphérie. D'autres fois ils s'enflamment, suppurent, s'élèvent, peuvent gagner en profondeur, détruire les tissus sous-jacents, et amènent les déformations de la lèpre mutilante. Ils peuvent aussi se développer sur les muqueuses et dans les viscères.

La lèpre tuberculeuse peut évoluer très vite et aboutir en quelques mois à la mort. Cette marche est rare, et le plus souvent elle met plusieurs années à évoluer, présentant parfois de longues périodes de rémission, parfois des poussées aiguës avec fièvre, malaises, anorexie, symptômes généraux, douleurs pseudo-rhumatismales, érythèmes. La mort arrive dans le marasme, où elle est hâtée par une complication intercurrente, assez souvent par la tuberculose.

B. Lèpre anesthésique (*lèpre systématisée nerveuse*). — Cette forme débute aussi par une éruption assez semblable à celle de la lèpre tuberculeuse, et qui est d'abord érythémateuse ou hyperémique, puis hyperchromique ou achromique, ou bien pigmentaire d'emblée avec ou sans atrophie cutanée consécutive. Ces taches qui ont la plus grande importance, et qui sont considérées par quelques auteurs comme caractéristiques de la forme maculeuse, sont plates, lisses, brillantes ; elles s'étendent par leur

périphérie, se décolorent souvent et s'atrophient au centre : elles ont été décrites autrefois sous le nom de *morphée* et de *vitiligo*. Leurs bords sont colorés, rouges, brunâtres ou blanchâtres, nets ou diffus, parfois serpigineux.

Ces plaques sont le siège de *troubles de la sensibilité* des plus nets ; les parties décolorées sont toujours anesthésiques, les parties hyperchromiques le sont aussi fort souvent ; parfois cependant elles sont sensibles ; dans quelques cas elles sont hyperesthésiques. L'anesthésie peut aussi se produire en des points qui ne sont le siège d'aucune altération apparente, mais au niveau desquels il y a eu souvent de l'hyperesthésie. Cette insensibilité est telle que le malade se blesse, se brûle même, sans en avoir conscience.

Peu à peu le système nerveux se prend davantage ; il se produit ce que Leloir appelle la *névrite lépreuse*, névrite à laquelle il décrit deux périodes : 1° une période d'envahissement qui correspond cliniquement aux exanthèmes cutanés, à des phénomènes d'hyperesthésie, de douleurs névralgiques paroxystiques, et dans laquelle il est parfois possible de percevoir un épaississement considérable de certains nerfs ; 2° une période d'état caractérisée anatomiquement par la dégénérescence complète des nerfs et cliniquement par de l'*anesthésie*, des paralysies, des atrophies et différents troubles trophiques. En même temps que se développe l'anesthésie apparaît l'*atrophie musculaire* qui frappe d'abord les muscles de la main, l'éminence hypothénar, les interosseux, les extenseurs et les fléchisseurs de l'avant-bras, d'où des déformations (griffes) et des impotences fonctionnelles. Aux membres inférieurs ce sont les muscles du pied et de la jambe qui sont intéressés. Parfois les muscles du corps et de la face sont atteints.

La peau des régions anesthésiées s'atrophie, s'amincit, se ride, prend un aspect sénile. Il survient des troubles trophiques divers, exfoliations, chute incomplète ou complète des ongles, chute des dents, ulcérations nasales et gingivales, maux perforants plantaires et palmaires, ulcérations anesthésiques qui gagnent en profondeur, finissent par pénétrer jusqu'aux articulations et font tomber les phalanges, gangrènes sèches et momifiantes, nécroses avec abcès, toutes lésions qui mutilent le malade. (*Lèpre mutilante.*)

Enfin le lépreux trophoneurotique arrive aux dernières périodes de son existence : il est alors plongé dans le marasme le plus profond, dans une sorte d'hébétude générale ; il est emporté par une complication quelconque : pneumonie, pleurésie, infection purulente, ou bien il succombe peu à peu miné par les suppurations multiples, les lésions viscérales, l'albuminurie, la diarrhée, etc.

La forme vraiment typique de la lèpre est la forme *mixte* ou *complète.* Elle peut l'être d'emblée ou secondairement. C'est ainsi qu'on peut voir souvent une lèpre tuberculeuse devenir trophoneurotique.

La syphilis complique souvent la lèpre ; elle en augmente beaucoup la gravité. (Brocq.)

IV

Il fallait rappeler sommairement aux médecins, peu familiarisés avec la lèpre, quels étaient les lésions et les symptômes les plus fréquents de cette maladie, avant d'aborder la discussion de Zambaco (de Constantinople), et d'Ehlers (de Copenhague), relativement à l'existence de certaines espèces morbides nouvelles, que ces auteurs, et tout particulièrement le premier, veulent faire rentrer dans le cas de la lèpre.

Voici à ce propos ce que dit M. Zambaco : « La *sclérodermie*, la *sclérodactylie*, l'*ainhum*, la *morphée*, la *maladie du Morvan*, l'*asphyxie locale avec sa gangrène symétrique*, toutes ces nouvelles créations reconnaissent pour causes d'abord l'opinion unanimement accréditée que la lèpre n'existe plus en France, puis l'impossibilité dans laquelle on se trouve dans l'Europe centrale de constater le polymorphisme de cette affection, comme on l'observe dans les foyers encore en activité. »

Après ses nombreux voyages en Orient, M. Zambaco se rendit à Lannilis, dans le Finistère, pour examiner les malades du Dr Morvan. A cette occasion, et avec l'aide de plusieurs médecins de la marine française ayant observé la lèpre dans les colonies, il fit plusieurs excursions en Bretagne, et cette enquête lui donna la conviction de la survivance de la lèpre dans l'Armorique et de l'identité de la maladie de Morvan avec la lèpre mutilante.

Le Dr Ehlers (de Copenhague), dans une mission en Islande où le gouvernement danois l'avait envoyé étudier la lèpre, y a trouvé des cas authentiques de lèpre mutilante à forme de panaris analgésique, qui sont absolument identiques à ceux que Morvan a décrits et dont on avait fait en France la *maladie de Morvan*.

Pour la *syringomyélie*, le professeur Pitres,de Bordeaux, vint confirmer, au moins dans certains cas, les idées du Dr Zambaco. En effet, après avoir présenté à l'Académie de médecine, en 1892, un malade qu'il considérait comme atteint de *syringomélie*, il rectifia son diagnostic par celui de *lèpre*, ayant pu trouver par biopsie le bacille de Hansen chez ce malade.

Les constatations semblables sont devenues fréquentes depuis. Des malades effectivement lépreux, mais consi-

dérés comme syringomyéliques, se sont présentés dans les services de MM. Potain, Quinquand, Strauss, Raymond. M. Besnier, si compétent en la matière, eut à rectifier le diagnostic chez quatre malades, censés syringomyéliques, et qui étaient tout simplement des lépreux.

Les médecins qui ont voulu différencier la syringomyélie d'avec la lèpre se sont basés sur l'absence des manifestations cutanées, telles que les boutons et les macules, croyant à la constance de ces symptômes dans l'éléphantiasis. Or, l'expérience prouve que de nombreux lépreux atteints des formes nerveuses et mutilantes n'ont jamais rien présenté du côté de la peau. Dans bien des cas les trophoses et les troubles de la sensibilité sont seuls à trahir l'existence de la maladie. Sur quoi donc se baserait-on, dit le Dr Zambaco, pour distraire ces maladies de la *léprose*, et pour en faire un groupe à part sous une dénomination nouvelle, puisque tous les symptômes qu'on attribue à la syringomyélie se rencontrent absolument identiques dans la lèpre nerveuse ou de Danielssen : perte ou diminution de la sensibilité, atrophie des muscles des régions thénar et hypothénar, troubles trophiques variés, griffe, etc. ?

On a soutenu que la constatation du bacille était le seul critérium dans ces cas, et que tout malade dont la biopsie ne montrerait pas la bactérie ne pourrait être considéré comme lépreux. A cela on peut répondre que, dans de nombreux cas de lèpre authentique, dont l'examen a été pratiqué par des savants autorisés tels que MM. Straus, Nocard, Vidal, la présence du bacille n'a pu être décelée. De plus, chez un malade du nom de Marès, hospitalisé pendant plus de dix ans à Saint-Louis et dans d'autres services, comme atteint de *maladie de Morvan*, M. Gom-

bault chercha en vain le bacille de Hansen, et cette absence entretint longtemps les médecins qui le suivaient dans leur erreur. Enfin, après de longues années, tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis, réunis en consultation plénière—MM. Vidal, Besnier, Fournier, Quinquaud, du Castel, Tenneson — le déclarèrent lépreux très avancé et incontestable.

Deux autres maladies de création relativement nouvelle, la *sclérodermie* et la *sclérodactylie*, réunies ensuite en une seule, paraissent à Zambaco devoir rentrer dans le cadre des *lépromes*. Bien entendu il laisse de côté la sclérème des adultes par refroidissement, l'épaississement de la peau, devenue dure à la suite de quelques maladies chroniques et la sclérodermie en plaques. Et encore de cette dernière il rapproche certains cas de lèpre, la *leucé* (λευκὴ) d'Hippocrate ou maladie phénicienne, dans laquelle la sensibilité est obtuse et même abolie, et où les cercles encadrant les plaques sont quelquefois lilas, plus souvent blonds ou fauves. On peut en dire autant de la morphée, dont le nom, d'ailleurs, rappelle une ancienne variété de léprose.

Il en est de même de l'aïnhum, mot qui signifie serrer, dans la langue des Nagos. Cette maladie singulière et de date récente, est constituée par l'apparition d'une stricture à la base du cinquième orteil d'un seul pied, stricture qui en détermine à la longue l'amputation. En 1867, Leroy-Méricourt la fit connaître en France. A la même époque la Société pathologique de Londres admit que cette *singulière maladie était spéciale aux nègres*. A cette même date, le Dr Collas, médecin en chef de la marine, l'observait chez les Indous, et le premier il eut la perspicacité d'y voir tout simplement une *variété de la*

lèpre dactylienne amputante. Plus tard, on retrouve cette maladie un peu partout, en Calédonie, chez les Malgaches, chez les Arabes, au Sénégal, aux Indes, à la Martinique, etc. En 1895, de Brun, médecin de l'hôpital de Beyrouth, publia dans la *Semaine Médicale* une clinique sur l'aïnhum où il n'admet pas la confusion de ces deux espèces morbides. Pour lui, la lèpre trophoneurotique ne produit des mutilations qu'après une période prolongée, caractérisée par des éruptions spéciales (taches érythémateuses, taches pigmentaires et apigmentaires, pemphigus lépreux laissant des cicatrices indélébiles), par des douleurs névralgiques et l'épaississement régulier ou fusiforme, plus rarement noueux, de certains nerfs. Le Dr da Silva Lima, de Bahia, partage l'avis du Dr de Brun et écrit ceci : « On aperçoit facilement qu'entre l'aïnhum et la lèpre dactylienne il existe des différences capitales et que, exception faite du siège de cette dernière maladie lorsqu'elle affecte les pieds, il n'y a rien de commun entre elles. »

A cela Zambaco répond que l'observation du Dr de Brun est un type parfait de lèpre ; que non seulement chez le malade en question les orteils se sont détachés spontanément les uns après les autres, mais que les ongles étaient altérés, le pied tuméfié, la peau épaissie. Il y avait aussi des troubles *vaso-moteurs sensitifs et moteurs* ; les pieds étaient violacés, hypothermiques, phénomènes asphyxiques communs chez les lépreux ; il y avait insensibilité à la douleur ; bref, un type parfait de *léprose.*

La syphilose, la léprose, la névropathie, démontrent, d'après Zambaco, le polymorphisme des maladies, mieux que beaucoup d'autres, par la multiplicité et la variabilité de leurs expressions. Une grande expérience est de ri-

gueur pour parvenir à déceler une de ces affections, lorsqu'elles ne sont qu'ébauchées, anomales ou frustes.

« N'arrive-t-il pas chaque jour au professeur Fournier de dépister la syphilis, là ou des confrères éminents, placés au pinacle de la science, n'ont vu que du feu. Dépister la syphilis, dit-il, c'est un métier où l'on ne devient expert que par un dressage spécial. *Fit fabricando faber*, c'est affaire de spécialisation. Ces paroles s'appliquent parfaitement à la léprose qu'une expérience consommée fait découvrir parmi les malades catalogués sous les nombreuses dénominations des néologismes récents. On pourrait admettre à la rigueur que quelques-uns de ces malades sont *paralépreux*, mot qui m'est suggéré par l'élocution heureuse *parasyphilitique*, du professeur Fournier. » (Zambaco. communication à l'Académie de médecine, 28 juillet 1896.)

V

Connaître et reconnaître la lèpre, c'est chose difficile et rare ; l'améliorer et la guérir l'est encore plus. Il est incontestable que le redoublement de cette maladie, en Islande, en Norvège, aux îles Sandwich surtout, où sa propagation a été effrayante depuis quelques années, favorisée par l'immigration chinoise, et où on trouve actuellement plusieurs milliers de lépreux, il est incontestable, dis-je, que le grand remède prophylactique serait de revenir à la méthode du moyen âge, à l'isolement, avec la douceur et les ménagements qui sont, comme le dit Besnier, l'honneur de notre époque.

En dehors de la prophylaxie, on a attribué des résultats satisfaisants à l'usage de l'*huile de Chaulmoogra*, qu'on prend par gouttes depuis dix jusqu'à cent et cent vingt

par jour. Le Dr Brocq prétend qu'elle améliore constamment les lépreux.

Le baume de *gurgum* et l'*hoang-nan* ont été aussi préconisés et ont donné aussi des améliorations.

Unna en ces dernières années a recommandé l'*ichthyol*. Ces différents remèdes ont pu produire des améliorations, pas un n'a encore donné de guérison.

A la Pointe-à-Pitre, le Dr Carreau a obtenu une amélioration marquée chez deux malades atteints de lèpre, en leur administrant de fortes doses de chlorate de potasse. L'idée d'employer ce traitement est assez originale et pourrait ouvrir de nouveaux horizons pour le traitement de cette maladie. C'est parce que le Dr Carreau avait lu qu'un lépreux du Brésil qui s'était soumis à la morsure du serpent à sonnettes, et qui succomba au bout de vingt-quatre heures, avait vu ses lépromes s'affaisser très rapidement après la piqûre.

Au lieu d'en conclure qu'en atténuant le venin du serpent à sonnettes on obtiendrait peut-être un *sérum* curatif de la lèpre, ce qui pourra peut-être être repris avec succès maintenant que l'étude des venins et de leurs vertus prophylactiques et curatives est entré dans le domaine des travaux pratiques, le Dr Carreau chercha une explication purement chimique. Il se dit que l'intoxication par le venin de serpent provoquant les symptômes de la méthémoglobinémie suraiguë (sang noir et fluide, ictère, hémorrhagies internes et externes, convulsions ou somnolence, anxiété profonde), on pouvait supposer que c'était par ses propriétés méthémoglobinisantes que ce venin avait agi sur les tubercules lépreux. Quoi qu'il en soit de ces explications, il reste prouvé que le venin de serpent paraît avoir des propriétés anti-lépreuses, et

qu'administré à petite dose, ou sous forme sérothérapique, il pourra donner des résultats excellents.

Quant à nous, ayant eu à soigner pendant plusieurs années à l'hôpital Saint-Jacques un lépreux à forme tuberculeuse, fils d'un médecin français de l'île Maurice, nous avons obtenu, le Dr P. Jousset et moi, une amélioration manifeste et prolongée avec l'*Hydrastis Canadensis* en pansements et à l'intérieur. Je sais qu'une seule observation est bien peu de chose, mais les lépreux ne sont pas d'observation quotidienne à Paris, et nous n'avons pas pu jusqu'à présent en traiter d'autres.

Dr J.-P. TESSIER.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

ACTION DE LA NICOTINE SUR QUELQUES BACTÉRIES

Dans un article paru en 1883 et remarquable à tous égards, parce qu'il prédit, pour un avenir prochain, toutes les merveilleuses conquêtes de la bactériologie, M. le professeur Pécholier s'occupe du tabac et de son alcaloïde, la nicotine, à un point de vue particulier.

« L'opinion que je vais soutenir, dit-il, n'est pas nouvelle. J'intitule ma note : « Action antizimasique du « tabac. » Depuis que Jean Nicot a vulgarisé la célèbre solanée, l'opinion populaire et bien des médecins ont signalé son action préservatrice contre plusieurs maladies et surtout contre les épidémies. Aujourd'hui, l'idée d'épidémie et celle de microbe semblent se souder complètement.

« L'homme qui, dans le passé, n'a redouté que les ani-

maux forts et puissants, est exposé à une myriade de petits ennemis dont longtemps il n'a pas soupçonné l'existence, et qui sont plus terribles pour lui que les grands carnassiers ou les serpents les plus venimeux.

« Tout un monde de microbes nous entoure, qui cherche à pénétrer dans notre organisme pour y trouver un milieu favorable à sa vie et à sa pullulation.

« C'est la lutte pour l'existence, ainsi que le dit, en d'autres termes, M. Duclaux. »

M. Pécholier cite tous les moyens de défense que nous avons contre ces infiniment petits ; et, d'après lui, de tous les destructeurs de microbes, la nicotine est peut-être le plus puissant : « La nicotine, poison terrible pour tous les êtres vivants, est plus active contre les organismes inférieurs. »

Certes la nicotine est une substance éminemment toxique, pouvant être rangée, à juste titre, près de l'acide cyanhydrique anhydre.

Quelques gouttes foudroient un animal de grande taille. Une goutte en injection dans la veine marginale de l'oreille du lapin le tue en une ou deux minutes. Un cinq-centième de goutte a suffi pour tuer un moineau.

L'homme lui-même n'est pas à l'abri de ses terribles effets. On connaît les débats retentissants du procès Bocarmé.

Que la nicotine soit absorbée par la voie sous-cutanée, par la voie respiratoire ou circulatoire, qu'elle soit déposée sur les muqueuses, elle a des suites épouvantables.

Je n'ai pas à rappeler ici toutes les phases et tous les symptômes de l'empoisonnement par la nicotine.

En raisonnant par induction, on est facilement amené à cette conclusion :

La nicotine, si toxique pour les gros animaux, ayant une valeur insecticide indéniable, doit logiquement anéantir des organismes beaucoup plus rudimentaires, tels que sont les bactéries.

Et, à l'appui de cette opinion, on peut ajouter qu'elle joue énergiquement le rôle d'antiputride. Le professeur Robin, en 1831, a présenté à l'Institut des morceaux de chair imprégnée de vapeurs de nicotine et conservée depuis quatre ans dans un parfait état.

M. le professeur Pécholier fait remarquer que, chez les fumeurs, la nicotine se dépose dans la bouche, sur le voile du palais, sur les parois du pharynx, à l'entrée des voies aériennes; que, par la salive, elle va dans l'œsophage et l'estomac. Elle se trouve donc sur le chemin des deux principales entrées possibles du microbe dans l'organisme humain. Si le microbe est si sensible à l'action de la fumée du tabac, il est intéressant de voir comment il se conduira dans un bouillon de culture après avoir été soumis quelque temps à cette même fumée.

EXPÉRIENCE I

20 grammes de tabac français ordinaire ont été fumés par moi dans une pipe me servant depuis assez longtemps, et par conséquent n'absorbant que très peu de nicotine, et n'en dépouillant pas la fumée du tabac.

Et j'ai pris garde à laisser dans ma bouche la fumée pendant un temps assez long.

Puis avec un fil de platine bien stérilisé, j'ai prélevé un peu de ma salive et l'ai ensemencée dans deux tubes de bouillon.

Ce dernier, mis à l'étuve de Roux réglée à 37°, a commencé à se troubler le jour même. Quarante-huit heures

après, la culture, examinée au microscope, laisse apercevoir des streptocoques, des leptothrices et des pneumocoques.

En somme, la culture, ainsi faite, de ces microbes de la bouche, a poussé dans des conditions normales d'abondance et de durée.

EXPÉRIENCE II

Pour voir si la nicotine a sur les bactéries une action aussi destructive qu'on l'a prétendu, j'ai repris ces deux tubes de bouillon qui ont servi à mon expérience n° 1 et, avec eux, j'ai ensemencé quatre autres tubes de bouillon stérile, auquels j'avais ajouté :

Tubes n°s 1 et 2 : une goutte de nicotine au 1/1000;

Tubes n°s 3 et 4 : une goutte de nicotine au 1/500.

Avec peut-être un peu plus de lenteur, le bouillon s'est troublé, mais toutes mes cultures ont été fertiles.

EXPÉRIENCE III

Un 1/1000 et 1/500 de goutte ne suffisant pas à rendre stériles 3 ou 4 centimètres cubes de bouillon, j'ai recherché quelle proportion de nicotine il fallait pour s'opposer au développement des bactéries.

J'ai pris six tubes contenant chacun 3 centimètres cubes de bouillon stérilisé à l'autoclave Chamberland, et j'y ai ajouté :

Tube n° 1 : une goutte de nicotine;	En solution alcoolique.
Tube n° 2 : 1/10 de goutte de nicotine;	
Tube n° 3 : 1/100 de goutte de nicotine;	
Tube n° 4 : 1/200 de goutte de nicotine;	
Tube n° 5 : 1/500 de goutte de nicotine;	
Tube n° 6 : 1/1000 de goutte de nicotine.	

Les 6 tubes ont été laissés ouverts trois jours à l'air libre, et tous ont été fertiles, excepté le tube n° 1 qui contenait une goutte de nicotine.

J'ai trouvé, dans les cinq derniers tubes, de gros micrococques, associés par 2, par 3, en tétraèdres, en amas et quelques-uns en chaînettes.

Et ces cocci étaient de plus en plus nombreux à mesure que la dose de nicotine mise dans chaque tube s'affaiblissait.

J'ai renouvelé cette expérience en mettant, dans quatre autres tubes toujours contenant du bouillon et demeurés à l'air libre, du dimanche matin au mercredi matin :

Tube n° 1 : 1 demi-goutte de nicotine;	En solution alcoolique.
Tube n° 2 : 1/3 de goutte de nicotine;	
Tube n° 3 : 1/4 de goutte de nicotine ;	
Tube n° 4 : 1/10 de goutte de nicotine.	

Après trois jours, on remarque que le bouillon est beaucoup plus clair dans le premier tube que dans les autres; il devient plus louche à mesure qu'on s'éloigne du tube n° 1.

L'examen microscopique décèle :

Tube 1 (1/2 goutte) : très rares micrococques, par deux, trois et en amas.

Tube 2 (1/3 de goutte) : Cocci en amas. Streptocoques, quelques gros bâtonnets.

Tube 3 (1/4 de goutte) : Micrococques conjugués deux par deux, par trois, en amas, assez nombreux tétraèdres.

Tube 4 (1/10 de goutte) : Gros et longs bacilles, très nombreux micrococques en tétraèdres et surtout en amas.

En résumé, les bactéries, du moins celles de l'air, paraissent incommodées par la nicotine, puisque les cultures sont d'autant plus riches que la dose de nicotine est plus faible.

En 1888, le Dr Vincent Tassinari, de Pise, fit une communication ayant pour titre : « Recherches expérimentales de l'action de la fumée du tabac sur les micro-organismes en général et en particulier sur les microbes pathogènes. »

Au moyen d'un appareil très ingénieux, il envoie de la fumée de tabac dans un bouillon stérilisé auquel il a ajouté un peu de la culture à examiner, dans la proportion de 1/10. Puis il ensemence ce bouillon sur gélatine.

Le tabac reste au contact des microbes de trente à trente-cinq minutes.

La même espèce microbienne, mais non soumise à la fumée du tabac, est ensemencée également sur gélatine et sert de contrôle et de point de comparaison.

Le Dr Tassinari a remarqué que les microbes primitivement en rapport avec le tabac se développent plus lentement, quelques-uns même ne se développent pas du tout.

Les microbes non enfumés donnent de belles colonies en douze ou vingt-quatre heures.

Voici d'ailleurs le résultat de ses observations au nombre de 100 à 150 :

BACTÉRIES EXAMINÉES

1 Spirillum choleræ asiaticæ.
2 — Finkler et Prior.
3 Bacillus anthracis.
4 — typhi abdominalis.
5 — pneumoniæ.
6 Staphylococcus pyogenes aureus.
7 Bacillus prodigiosus,

1. GROS CIGARE DE CAVOUR :

a. Retard du développement pour :

Bacillus prodigiosus.	72	heures.
— pneumoniæ	72	—
St. pyogenes aureus	73	—
Bacillus anthracis	100	—

b. Pas de développement du :

Bacillus choleræ asiaticæ après. . .	128	—
— Finkler et Prior.	128	—
— typhi abdominalis. . . .	128	—

2. PETIT CIGARE DE CAVOUR :

a. Retard du développement pour :

Bacillus choleræ nostras.	24	heures.
Bacillus prodigiosus.	48	—
— anthracis	50	—
— pneumoniæ	68	—

b. Pas de développement du :

Bacillus choleræ asiaticæ après. . .	93	heures.
— typhi abdominalis	90	—

Le staphylococcus pyogenes aureus s'est développé après quinze heures.

3. GRAND CIGARE DE VIRGINIA :

a. Retard du développement pour :

Bacillus prodigiosus	72	heures.
St. pyogenes aureus	73	—
Bacillus anthracis	97	—

b. Aucun développement du :

Bacillus choleræ asiaticæ	128	heures.
— Finkler et Prior.	128	—
— pneumoniæ	146	—
— typhi abdominalis	168	—

4. TABAC A CIGARETTES :

Retard du développement pour :

Bacillus prodigiosus	24	heures.	Peu de colonies.
— choleræ asiaticæ . . .	24	—	
— Finkler et Prior	24	—	
— typhi abdominalis . . .	24	—	
— pneumoniæ	42	—	
St. pyogenes aureus	24	—	
Bacillus anthracis	66	—	

De cette série de recherches, le docteur tire cette conclusion :

La fumée de tabac possède la propriété de retarder le développement de quelques bactéries pathogènes et de l'empêcher complètement chez quelques autres.

Le retard ou la suppression du développement ne peut être attribué qu'au tabac si l'on réfléchit que :

1° Tout a été arrangé de façon que la fumée n'élève pas sensiblement la température ;

2° Le degré d'humidité voulu a toujours existé dans l'appareil ;

3° La fumée (lavée avant d'agir sur les cultures) est sans action sur ces même cultures.

Le Dr Miller, recherchant la cause de la carie dentaire et la manière de la prévenir, passe en revue les divers antiseptiques et entre autres le tabac.

L'action du tabac, dit-il, sur les champignons de la bouche, est notable.

5 gr. de vieux tabac de Virginie (à chiquer) furent bouillis dans 50 centim. cubes d'eau, pendant quinze minutes.

La décoction ainsi obtenue fut filtrée et une partie ajoutée à un égal volume de salive, avec un peu de sucre.

On a ainsi un mélange de force à peu près égale à celui que les vieux chiqueurs tiennent en mouvement tout le jour dans la bouche.

Les champignons eurent là dedans une pénible existence.

Plus remarquable, selon l'auteur, est le processus avec le tabac à fumer.

La fumée du premier tiers ou du dernier quart d'un cigare colorado claro fut tout à fait suffisante pour stériliser 10 centimètres cubes de bouillon additionné de sucre et fortement injecté des champignons de la carie.

Eu égard à ce pouvoir antiseptique du tabac, les fumeurs ne devraient jamais souffrir de la carie dentaire, chose au contraire très fréquente, parce que, d'après le Dr Miller, la fumée ne peut pénétrer dans tous les points de l'arcade dentaire.

En 1888, le Dr Vissalli a pratiqué une série d'expériences pour étudier l'action de la fumée de tabac sur le bacille du choléra asiatique.

Il sème sur gélatine dans un ballon à deux tubulures une culture de komma bacille et fait passer de la fumée sur la gélatine.

D'après le développement et le nombre des colonies, il déduit le pouvoir désinfectant de la fumée du tabac employé.

Sans relater le détail de ses expériences, voici ses conclusions :

1° La nicotine contenue en minime proportion dans le tabac à fumer est capable de tuer le bacille cholérigène.

2° Plus le tabac contient de nicotine, plus il est antiseptique.

3° Il convient que l'administration supérieure oblige

les vendeurs de tabac à tenir ouvertes leurs boutiques en temps d'épidémie.

4° Tenant pour certain que la porte d'entrée du bacille virgule dans l'organisme humain est la bouche, la fumée d'un ou plusieurs cigares peut être, à l'occasion et jusqu'à un certain point, un moyen efficace de préservation.

Jusque-là, nous avons étudié l'action de la nicotine sur les *germes in vitro.*

Est-ce que les choses se passeront de même dans un organisme vivant qui, lui, peut réagir par ses phagocytes et son énergie propre ?

Le microbe soumis à la nicotine a-t-il perdu tout ou partie de sa virulence ?

Le tabac a été vanté empiriquement dès son apparition en Europe.

Willis le recommande aux soldats comme un aliment de réparation, et le regarde comme très capable d'éloigner ou de guérir quelques maladies épidémiques des armées.

Dimerbrock dit dans son traité de la *Peste* : « Je conseille l'usage du tabac pendant la peste. Il m'en a préservé, et j'ai constaté, à Londres et à Nimègue, que le fléau n'a pas atteint les maisons qui vendent le tabac. »

Durant les épidémies très graves de choléra qui dévastèrent Messine en 1854, 1867, 1887 la fumée du tabac, affirme Visalli, fut pour beaucoup un moyen de préservation contre la contagion.

Pendant l'épidémie de fièvre jaune (1887), à la Floride, en Amérique, les employés à la manufacture de tabacs restèrent indemnes.

Le Dr Visalli, dans son mémoire sur l'épidémie d'in-

fluenza répandue en Europe (1889), fait remarquer qu'à Genève, les ouvriers de la manufacture de tabacs de cette ville demeurèrent sains.

A Messine, sur 300 ouvriers, on compta seulement 25 cas et aucun mortel.

A Rome, le nombre des ouvriers frappés fut si restreint qu'on ne se vit pas obligé de suspendre le travail ou de prendre d'autres précautions.

En 1842, le Dr Ruef, de Strasbourg, à la suite d'études faites sur les ouvriers de la manufacture de tabac de cette ville, note combien parmi eux sont rares les cas de phtisie pulmonaire, et attribue ce fait au tabac.

Mais, d'après lui, les ouvriers en puissance de tuberculose à leur entrée à la fabrique n'en éprouvent aucun avantage et voient au contraire leur état s'aggraver.

Le vicomte Siméon (1843), directeur de la manufacture des tabacs de France, les médecins des fabriques de cigares de Paris, du Havre, de Strasbourg, de Lyon, de Marseille, de Lille, de Toulouse, de Bordeaux et Morlaix, admettent l'immunité des ouvriers en tabac pour la manifestation de la phtisie pulmonaire.

Toutefois plusieurs signalent une contre-partie : chez les ouvriers entrant une fois la tuberculose déclarée, la marche de la maladie se précipite.

Dans des pages publiées en 1889, le Dr I. Walter Cock assure que, se basant sur une pratique de 25 ans, il peut certifier que la chique de tabac, entre 20 et 30 ans, est apte à prévenir le développement de la tuberculose chez les personnes qui y sont prédisposées.

Dans une centaine de cas, l'auteur a vérifié des faits semblables au suivant : X... meurt de tuberculose pulmonaire.

Celui-ci n'a jamais chiqué. Il a laissé plusieurs fils.

Chez ces derniers la tuberculose s'est développée seulement sur ceux qui n'avaient pas chiqué.

Ceux, au contraire, qui avaient contracté l'habitude de la chique sont restés parfaitement sains.

Selon Cock, pour que l'usage du tabac puisse avoir une valeur prophylactique, il doit être pratiqué d'une manière suivie, et avant que le bacille de la tuberculose ne soit entré dans l'organisme.

Le Dr Tassinari a expérimenté, en 1889, l'action de la fumée de tabac sur le bacille de la tuberculose.

De son propre aveu, les résultats n'ont pas été suffisants pour autoriser un jugement définitif sur la question.

Il a fait 4 séries d'expériences. Voici, rapportées en entier, la seconde série et la quatrième.

Seconde série d'expériences (11 *mars* 1889).

Il dilue dans un peu d'eau stérilisée une culture pure, sur sérum du sang, de bacilles de la tuberculose.

Dans cette dilution est plongé un morceau d'étoffe soumis ensuite à l'action de la fumée.

Durant trente minutes, 5 ou 6 fils de l'étoffe sont introduits, après laparotomie, dans la cavité abdominale d'un cobaye.

Les cigares employés pour produire la fumée sont le Toscan, le Cavour et le Virginia.

Le premier cobaye (cigare Toscan, 4 gr. 5) meurt au 17e jour, poids 445 grammes, blessé par un compagnon de cage. A l'autopsie, pas trace de tuberculose.

Le second cobaye (cigare de Cavour, 5 gr. 10), poids 328 grammes, mort au 3e jour.

Le troisième. Poids 330 grammes, (cigare de Virginie,

5 grammes), le 27 mars 480 grammes, le 6 avril 440 grammes, met bas au 66e jour et continue à vivre sain.

Cobaye contrôle : poids 310 grammes.

Le 26 mars; poids 365 grammes, le 6 avril (25e jour) 330 grammes; ulcération au point d'inoculation. Dans la plaie se rencontre le bacille de Koch.

Autopsie : Tuberculose des organes abdominaux.

Quatrième série (16 *novembre* 1889).

Une certaine quantité de crachats frais très riches en bacilles de la tuberculose sont triturés dans un mortier avec de l'eau distillée stérilisée, additionnée de deux gouttes d'une solution au 1/10 de carbonate de soude, et cela pour faciliter la désagrégation de la masse.

Dans le liquide ainsi préparé plonge un morceau de ruban, exposé ensuite à la fumée de tabac.

Puis on met la partie du ruban infectée dans environ 2 centim. cubes d'eau stérilisée. Avec une spatule de platine, on agite soigneusement les fils du ruban afin d'avoir un trouble du liquide qui est injecté (une moitié de la seringue de Tursini) dans la cavité abominale des cobayes.

6 cobayes ont été inoculés. Deux d'entre eux servent de contrôle. Voici les résultats :

Cobaye I. —Poids 645 grammes (cigare Cavour, 10 gr. 9; durée de l'action du tabac, 45 minutes), mort le 35e jour. Poids 460 grammes.

Autopsie : Tuberculose du poumon droit et de la rate.

Cobaye II. — Poids 582 grammes (cigare de Cavour, 10 grammes; action du tabac, 45 minutes), mort le 78e jour. Poids 470 grammes.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire typique.

Cobaye III. — Poids 420 grammes (cigare Toscan,

10 grammes ;action du tabac, 45 minutes), mort le 74e jour. Poids 384 grammes.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire et de la rate.

COBAYE IV. — Poids 235 grammes (cigare Toscan, 10 grammes ; action du tabac, 45 minutes), mort le 13e jour. Poids 267 grammes.

Autopsie : Tuberculose du foie et de la rate.

COBAYE de contrôle n° 1. — Poids 262 grammes, mort le 23e jour. Poids 267 grammes.

Autopsie : Tuberculose des organes abdominaux.

COBAYE de contrôle n° 2. — Poids 242 grammes, mort le 21e jour. Poids 200 grammes.

Autopsie : Tuberculose des organes abdominaux.

Dans la première série, on s'est servi de culture pure sur sérum sanguin du bacille de Koch ; dans la troisième, d'un crachat riche en bacilles tuberculeux.

Dans les quatre séries, on a employé 19 cobayes, 13 de preuve et 6 de contrôle.

A prendre en considération les seuls cas utilisables, soit 7 cobayes de preuve et 3 de contrôle, dit le Dr Tassinari, on voit que les 3 cobayes de contrôle moururent de tuberculose en 26 jours.

Des 7 cobayes d'épreuve, deux vécurent et ne contractèrent pas la tuberculose (cigares de Cavour et de Virginie, 5 grammes, pendant 30 minutes).

Un mourut au 17e jour (cigare Toscan, 5 grammes, une demi-heure) ne présentant pas trace de tuberculose.

Trois moururent de tuberculose, après 62 jours d'inoculation, avec un retard sur la mort des contrôles d'environ 40 jours.

Enfin, un mourut de tuberculose au 13e jour.

Conclusion. — En présence de tels résultats, ce ne serait

certainement pas une exagération d'insinuer que la fumée de tabac, d'après toute probabilité, exerce une action pour le moins retardatrice sur le bacille de la tuberculose.

La nicotine et le bacille de Lœffler.

J'ai pris 5 tubes et j'ai mis dans chacun 3 centimètres cubes de sérum de sang de bœuf. Avant la solidification, j'ai ajouté :

Tube n° 2 : une goutte de nicotine ;

Tube n° 3 : une demi-goutte de nicotine (en solution alcoolique).

Tube n° 4 : 1/3 de goutte de nicotine (en solution alcoolique) ;

Tube n° 5 : 1/10 de goutte de nicotine (solution alcoolique).

Le tube n° 1 n'a pas reçu de nicotine et sert de contrôle.

Les 5 tubes de sérum ont alors été solidifiés entre 70 et 75° et stérilisés plusieurs jours de suite, par des chauffages successifs.

Puis je les ai ensemencés (3 stries sur chacun d'eux) avec la même culture pure de diphtérie sur sérum.

Le tube n° 1 (sans nicotine) a naturellement été fertile, et, après 24 heures, les colonies très nombreuses étaient caractéristiques de la diphtérie.

Le tube n° 2 (une goutte de nicotine) et le tube n° 3 (une demi-goutte de nicotine) sont restés stériles.

Sur le tube n° 4 (un tiers de goutte de nicotine), les colonies sont apparues en bien moins grand nombre, mais très typiques.

Enfin, sur le tube n° 5 (un dixième de goutte de nicotine) les colonies, se sont développées dans des conditions normales d'abondance et de temps.

Deux tubes de bouillon stérilisé, à l'un desquels j'avais ajouté une goutte de la solution suivante :

Nicotine	I goutte.
Alcool à 90°.	X gouttes,

par conséquent un dixième de goutte de nicotine, ont été ensemencés avec une parcelle de culture pure des bacilles de la diphtérie sur sérum sanguin.

Les deux tubes de bouillon ont été placés dans l'étuve du Dr Roux réglée à 37°, pendand trente-six heures.

Le bouillon nicotiné s'est troublé beaucoup moins vite que l'autre, et n'a jamais été aussi louche que le bouillon pur. D'ailleurs l'examen bactériologique a montré que les bacilles y étaient relativement beaucoup moins nombreux.

Trois cobayes ont été injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre, avec les deux cultures, de la façon suivante :

Cobaye I. — Un demi-centimètre cube de culture de diphtérie pure dans le bouillon non-nicotiné.

Cobaye II. — Un demi-centimètre cube de bouillon diphtérique nicotiné.

Cobaye III. — Un demi-centimètre cube de bouillon diphtérique nicotiné.

Vingt-quatre heures après l'injection, le cobaye n° I (contrôle) est mort.

Les cobayes II et III, après avoir paru tristes une journée et un peu malades, sont revenus à la santé.

J'ai renouvelé l'expérience pour être bien sûr qu'une coïncidence heureuse n'avait pas fait mourir le cobaye n° I (diphtérie pure).

Avec la même culture de diphtérie sur sérum, deux tubes de bouillon ont été ensemencés (l'un avec une goutte

de nicotine au 1/10, solution alcoolique, l'autre sans nicotine), et laissés deux jours à l'étuve du Dr Roux à 37°.

Le cobaye n° 3 (qui a déjà supporté un demi-centimètre cube de diphtérie nicotinée dans l'expérience précédente) et un nouveau cobaye servent de contrôle et reçoivent chacun un centimètre cube de diphtérie pure provenant du bouillon nicotiné.

Trois autres cobayes reçoivent chacun un centimètre cube de culture de diphtérie sur le bouillon auquel j'avais additionné 1/10 de goutte de nicotine.

Résultats :

De mes deux cobayes de contrôle, le nouveau meurt au bout de vingt-huit heures.

L'autre (n° 3 de l'expérience antérieure) supporte bien l'injection, ainsi que les trois derniers cobayes, et tous les quatre continuent à vivre sains.

Donc la nicotine a une action évidente sur le bacille de Lœffler et peut servir à atténuer sa virulence.

CONCLUSION

La nicotine, qui est un poison si terrible à petite dose dans toute l'échelle des êtres macroscopique, depuis le plus grand jusqu'au plus infime, ne paraît pas douée de propriétés antiseptiques très puissantes, puisque 1/3 de goutte (suffisant pour foudroyer en quelque instants un pigeon) n'empêche pas le développement des bactéries (du moins de certaines) dans 3 centimètres cubes de bouillon ou de sérum sanguin.

Cependant, d'après les expériences de Tassinari sur la tuberculose, le choléra asiatique, etc., du Dr Miller sur la carie dentaire, et les miennes sur la diphtérie, on peut conclure que la nicotine atténue la virulence des microbes.

Il y a peut-être là un moyen simple et pratique de diminuer la toxicité des cultures.

Le tabac à fumer, agissant par la nicotine, quand on n'en fait pas abus, est un moyen prophylactique, non sans valeur, dans les maladies contagieuses et épidémiques.

D[r] HÉBERT.

THYROÏDINE, THYROÏODINE ET THYROANTITOXINE.

Nous avons déjà souvent rapporté dans l'*Art médical* les effets pathogénétiques de la *thyroïdine*; nous avons relaté les diverses affections dans lesquelles elle paraissait indiquée soit d'après la loi de similitude (tachycardie, goitre, maladie de Basedow,etc.), soit pour suppléer à un organe manquant ou altéré (myxœdème, nanisme, etc.), soit pour produire ses effets physiologiques (obésité).

Nous avons indiqué le mode de préparation que nous employons : faire macérer la glande dans un poids égal de glycérine, triturer et filtrer; le liquide ainsi obtenu est prescrit sous le nom de thyroïdine (substance) et nous partons de là pour faire des dilutions décimales et centésimales, avec la glycérine jusqu'à la 3[e] centésimale, avec de l'alcool au-dessus.

Nous avons signalé aussi un nouveau produit extrait par Baumann du corps thyroïde, la *thyroïodine*. Comme ce produit paraît d'après les dernières communications (1), avoir une action asez analogue à celle de la thyroïdine,

---

(1) Ewald. Congrès de médecine interne de Wiesbaden, séances des 10 et 11 avril 1896. *In Semaine médicale*, 22 avril. — Lépine. *Semaine médicale*, 19 août.

nous allons reproduire plus complètement sa préparation.

Après plusieurs modes de préparation, M. Baumann s'est arrêté à celui-ci qu'il considère comme le meilleur.

On fait l'extraction avec une solution salée à 7,5 p. 1.000. Dans cette solution, on fait passer un courant d'acide carbonique; il se précipite de la globuline; puis on acidifie la solution et on la soumet à l'ébullition; il se précipite une combinaison d'albumine et de thyroïdine. Cette dernière est donc combinée partie à de la globuline, partie à de l'albumine.

La substance ainsi obtenue est soluble dans l'alcool et contiendrait environ 10 p. 100 d'iode.

Nous pourrons donc faire des dilutions alcooliques avec la thyroïodine que nous avons l'intention d'expérimenter dans les mêmes cas que la thyroïdine.

Pour M. Baumann, la thyroïodine est la substance active du corps thyroïde et c'est la seule substance active. Pour M. Frænkel (de Vienne), il existerait en outre une substance non iodée qu'il a isolée sous une forme cristalline, dont la formule chimique serait $C^6 H^{11} Az^3 O^5$, qu'il a dénommée *thyroantitoxine* et qu'il aurait trouvée active chez deux obèses. M. Frænkel a retiré cette substance de la partie aqueuse qui reste après avoir retiré par filtration la thyroïodine de Baumann. Voici comment il a procédé pour cela; il a évaporé cette partie filtrée, l'a traitée par l'alcool, et, de l'extrait alcoolique, il a précipité par l'éther ou par l'acétone une substance cristallisable, très hygroscopique. Sa solution aqueuse est neutre ou n'a qu'une réaction alcaline faible; elle ne se précipite pas par l'acétate neutre ou l'acétate basique de plomb, mais par les réactifs des alcaloïdes.

La thyroantitoxine aurait bien une action se rappro-

chant de celle du corps thyroïde puisque : 1° l'injection, dans la jugulaire d'un chien (morphinisé) de quelques milligrammes de cette antitoxine amène une augmentation de la fréquence du pouls; 2° cette même substance provoque le retour des battements du cœur de la grenouille intoxiquée par la muscarine; 3° l'injection de cette substance dans la jugulaire fait cesser, chez les jeunes chats, les convulsions provoquées par l'ablation de la thyroïde; 4° si cette injection est faite aussitôt après l'extirpation de la thyroïde, les convulsions ne se montrent pas. A la vérité, la mort n'est pas évitée; mais, d'après M. Gley, il en est de même si on emploie le suc de la glande fraîche.

Nous nous occuperons seulement aujourd'hui des applications thérapeutiques de la thyroïdine et de la thyroïodine.

Actions sur les échanges organiques. — M. Ewald rappelle que la thyroïdine produit une surélévation des échanges même sur les sujets sains. « Les recherches effectuées à l'occasion du traitement du myxœdème, du lupus, du psoriasis, etc., ont montré que la médication thyroïdienne peut augmenter jusque dans la proportion de 16 p. 100 la désassimilation azotée et accroître, en même temps que les oxydations, la diurèse, la perspiration cutanée et pulmonaire, l'activité cardiaque, la calorification.... L'excrétion des sels, notamment des phosphates et des chlorures, ne serait pas modifiée, d'après Ord et White; toutefois Roos et Richter ont signalé, d'après Scholz, une légère augmentation dans l'excrétion des phosphates. »

Les troubles graves qui se rencontrent chez certains malades sous l'influence de la thyroïdine, tels que lassitude, malaise, anorexie, soif, insomnie, vertiges, douleurs dorsales ou lombaires, palpitations, oppression, tachy-

cardie, accès de sténocardie parfois mortels, ne seraient pas, d'après M. Ewald, amenés par l'action toxique de la thyroïdine, mais seraient « en rapport avec la suractivité des désassimilations azotées et avec l'accroissement de l'oxydation des graisses ». On observerait des symptômes analogues dans un grand nombre de médications diverses, par exemple après une cure de Marienbad.

M. Lépine signale aussi sous l'influence de la médication thyroïdienne une augmentation notable de l'excrétion de l'acide urique.

Glycosurie thyroïdienne. — M. Ewald n'a constaté qu'une seule fois chez un malade « une glycosurie persistante sans aucun trouble concomitant, d'ailleurs », il est donc surpris des observations de M. von Noorden qui, sur 17 obèses soumis au traitement thyroïdien, a observé 5 fois de la glycosurie nécessitant la cessation du traitement.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Ewald, M. Blachstein conseille dans les autopsies de diabétiques d'examiner le corps thyroïde avec soin, car il a trouvé assez souvent une altération de cette glande : sur 6 diabétiques gras, 5 présentaient non un goitre à proprement parler, mais une tuméfaction notable du corps thyroïde; dans une autopsie, au contraire, il a trouvé une diminution de volume de la glande avec une transformation fibro-kystique.

Le traitement thyroïdien lui a procuré une amélioration très appréciable de l'état général et de la glycosurie chez plusieurs diabétiques, notamment dans un cas où il existait un très petit corps thyroïde. Chez des diabétiques obèses, au contraire, à corps thyroïde tuméfié, cette médication a amélioré l'état général tout en augmentant

la quantité du sucre excrété. M. Blachstein se demande s'il n'y aurait pas lieu d'étudier, à côté d'un diabète pancréatique, un diabète thyroïdien.

Traitement du myxœdème. — C'est un traitement bien connu ; nous dirons seulement que M. Ewald connaît à Berlin « trois myxœdémateux guéris, qui de temps en temps, par le retour de douleurs dans les membres et de malaise, ou même de gonflement de la face, se trouvent avertis de l'opportunité de la reprise du traitement, limité d'ailleurs à un petit nombre de tablettes ».

Traitement du crétinisme. — Les observateurs sont unanimes pour reconnaître l'efficacité de ce traitement dans les cas de crétinisme sporadique, où la croissance en longueur coïncide avec la diminution de poids; pour le *crétinisme endémique*, il y a lieu en outre de changer les malades de pays, pour les soustraire à l'influence locale.

M. Schmidt signale, en dehors du crétinisme, l'action favorable de la médication thyroïdienne sur la croissance qui augmenterait; d'autre part, on a signalé chez les animaux, après la thyroïdectomie, un retard considérable du développement osseux.

M. Rohn a employé la *thyroïodine* avec un grand succès chez deux enfants atteints de crétinisme très prononcé sans myxœdème; il y a eu une véritable transformation tant au point de vue de la croissance et du développement physique qu'au point de vue des fonctions intellectuelles qui sont devenus en peu de temps tout à fait normales.

Traitement de l'obésité. — M. von Noorden (1), à propos du traitement de l'obésité par la thyroïdine, établit qu'il

(1) Zeitsch, f. prakt. Aerzte, 1er janvier.

est nécessaire de combiner le régime et l'emploi du corps thyroïde. Ainsi il a observé un certain nombre de personnes obèses qui ne sont parvenus à aucun résultat par l'emploi de tablettes d'extrait thyroïdien seul.

Par contre chez trois hommes et quatre femmes atteints d'adipose et qui ne pouvaient maigrir malgré un régime approprié, l'auteur a constaté une diminution rapide du poids du corps à partir du moment où les sujets ont pris de 0 gr. 60 à 0 gr. 90 d'extrait thyroïde par jour, tout en restant soumis au régime habituel des obèses.

Nous ajouterons que nous soignons en ce moment une dame de Versailles, pesant près de 300 livres, et qui, en un mois, au moyen du régime de Leven et de la thyroïdine (solution glycérinée de corps thyroïde à poids égal), a diminué de 25 livres pendant son premier mois de traitement.

M. Ewald soutient que l'on peut obtenir la diminution de l'obésité sans régime particulier, seulement il trouve que l'effet ne persiste qu'exceptionnellement.

La *thyroïodine* agirait absolument de la même manière. « Chez un homme de 34 ans, la perte de poids fut de 2 kilogrammes au bout de dix jours, après l'ingestion de 1 gr. 20 de thyroïdine, sans aucune modification de régime. Chez une dame pesant 87 kilogrammes, la perte de poids fut de 1 kilog. 700 en quinze jours. Chez une autre malade elle fut de 3 kilogrammes en un mois et le pouls s'éleva temporairement de 76 à 108 pulsations, sans apparition de symptômes objectifs. »

Traitement du goitre. — M. Bruns, dont nous avons déjà cité plusieurs fois les recherches à ce sujet, résume le résultat de sa pratique. Le traitement thyroïdien lui a donné la guérison, avec retour de la glande à son volume

normal et sans récidive, dans 8 p. 100 des cas; une diminution de la tumeur dans un tiers des cas; une simple amélioration dans un autre tiers.

Le traitement est d'autant plus actif qu'il est employé plus près du début de l'affection. On observe des récidives dans les trois quarts des cas, environ trois mois après la cessation du traitement.

Traitement de la maladie de Basedow. — Nous rappellerons d'abord que nous avons rapporté ici même un certain nombre de cas d'améliorations par le traitement thyroïdien. Au Congrès allemand, M. Schuster signale simplement que, « dans la maladie de Basedow, on a constaté plusieurs résultats heureux ; M. von Noorden trouve que le traitement thyroïdien lui a paru produire des effets temporairement défavorables, suivis d'une amélioration très nette; nous voyons là une aggravation médicamenteuse produite par un médicament donné à dose trop forte et agissant d'après la loi de similitude. M. Silex (1) présente une malade atteinte de goître exophthalmique traitée sans succès en 1895 par M. Senator au moyen de l'arsenic ; depuis, elle a été complètement guérie par des tablettes de thyroïdine.

Traitement de la chlorose. — M. Roos s'est très bien trouvé de la *thyroïodine* dans plusieurs cas de chlorose.

Action sur la sécrétion du lait. — M. Lépine rappelle, d'après M. Hertoghe, que la médication thyroïdienne a une action inhibitrice sur l'activité utéro-ovarienne et une action excitante sur les glandes mammaires, de sorte que si une nourrice voit, au cours de l'allaitement, ses règles reparaître et son lait diminuer, la médication thy-

(1) *Société de Médecine berlinoise*, 5 février 1896.

roïdienne devra supprimer la menstruation et augmenter la lactation.

Nous conclurons que la médication thyroïdienne (thyroïdine et thyroïodine) a une action manifeste dans un grand nombre d'affections; qu'il y a lieu d'étudier encore cette médication qui paraît devoir nous procurer de grandes ressources, mais qui doit être maniée avec prudence; que nous devons par l'emploi consécutif de la thyroïdine et de la thyroïodine chez les mêmes malades ou dans les mêmes cas, établir si ces deux préparations ont la même action et peuvent être administrées l'une pour l'autre.

D[r] Marc Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la pneumonie par la digitale a hautes doses, par le D[r] Barth. (*Semaine médicale*, 22 juillet 1896.)

« On doit appliquer le traitement par la digitale à haute dose dans tous les cas de pneumonie *grave* où le traitement par les bains est contre-indiqué ou inapplicable (p. 582). »

J'ai connu les traitements des pneumonies *graves* par le tartre stibié à la dose de 40 centigrammes à 1 gramme, par les saignées coup sur coup, par les grands vésicatoires, par la combinaison des saignées, de l'émétique et des vésicatoires. Naguère c'étaient les bains froids, aujourd'hui c'est la digitale retour de Bucarest, encore je ne parle ni du nitrate de potasse, ni de la potion de Todd, ni de la caféine, ni de l'antipyrine, etc., etc., et avec tous

ces traitements j'ai vu mourir beaucoup de pneumoniques. Ces résultats néfastes sont faciles à constater, si on consulte les comptes rendus, non des promoteurs et des inventeurs de ces médications infaillibles, mais ceux des médecins qui ont essayé loyalement la vérification de ces traitements. Demandez à Chomel les résultats du traitement de la pneumonie par les saignées coup sur coup et à Bouillaud ceux produits par le tartre stibié, à Talamon les résultats des hautes doses de digitale, et vous verrez que l'on a encore là un chapitre d'illusions à ajouter à tant d'autres dans le domaine de la thérapeutique.

Aujourd'hui tout le monde parle de la loi des indications en thérapeutique et peut-être jamais on n'a moins appliqué cette loi. Ainsi, pour limiter notre sujet au traitement de la pneumonie et à l'article de M. Barth, je ne trouve pas mentionnée clairement d'autre indication que celle de la *gravité*. Or, la gravité n'est pas un état toujours le même, et les indications qu'elle fournit sont loin d'être identiques. Il y a des états graves qui demandent le phosphore, d'autres l'arsenic, d'autres le sulfate de quinine, d'autres les bains froids, d'autres la caféine, d'autres la potion de Todd ; donc la *gravité* n'est pas une indication pour un médicament ou pour une médication.

Avant le Dr Barth, les médecins qui ont employé la digitale dans le traitement de la pneumonie, Traube, Hirtz et Petresen ont basé l'indication de ce médicament sur la haute température de la pneumonie et sur la propriété bien connue de la digitale d'abaisser la température dans les maladies. C'est la même indication que celle des bains froids et elle a été appliquée daus toutes les maladies à haute température : fièvre typhoïde, rhumatisme, pneumonie, etc.

Cette indication un peu *simpliste* et sur laquelle nous ne voulons pas nous appesantir en ce moment, n'a pas satisfait M. le Dr Barth et il donne de l'action favorable de la digitale dans le traitement de la pneumonie une explication beaucoup plus complexe.

« Avant de faire tomber la température, la digitale agit d'abord sur l'innervation cardiaque et vasculaire : en modérant la fréquence des contractions ventriculaires elle en augmente l'énergie ; elle stimule en même temps la contractilité artérielle et détermine l'anémie relative des réseaux capillaires (p. 282). »

Qu'à une *dose déterminée* et dans un état pathologique spécial la digitale augmente l'énergie des contractions ventriculaires en même temps que la pression artérielle, ce sont là deux faits incontestés et peut-être les seuls incontestés dans l'histoire pharmacodynamique de la digitale.

M. le Dr Barth dit encore fort judicieusement que dans la pneumonie grave le cœur est exposé à faiblir et que c'est là ce qui cause le danger. Huchard a dit avant lui : « La maladie est au poumon et le danger est au cœur ». Fort bien. Mais comment éloigner ce danger ? Comment remplir cette indication ? par les injections de caféine et d'ergotine dit M. Huchard ; par la digitale, affirme M. Barth ; lequel croire, lequel est dans le vrai, tous les deux et ni l'un ni l'autre. Je vais m'expliquer. Remarquons d'abord qu'il ne s'agit plus ici d'abaisser la température, mais de remédier à la complication la plus grave de la pneumonie, la paralysie du cœur, et cela par un médicament cardiaque, et j'ajoute par un médicament qui, chez les animaux à sang chaud, produit, quoi qu'en ai dit M. Frank, la paralysie du cœur.

Mais dans quels cas doit-on préférer la digitaline à la caféine ?

Quand les symptômes présentés par la malade sont ceux de l'empoisonnement par la digitale : faiblesse et irrégularité du pouls, tendance à la syncope, diminution considérable des urines.

Ces symptômes sont ceux de l'asystolie ; qu'ils existent dans une affection du cœur ou dans une pneumonie ou une fièvre typhoïde, la digitale est indiquée et elle réussit très souvent tandis que la caféine échoue habituellement.

Quand les indications de la digitale se produisent, à quelle dose doit-on donner ce médicament? quelle préparation doit-on choisir? quel est le meilleur mode d'administration ?

Depuis que les médecins ont à leur disposition la *digitaline chloroformique*, je ne comprends pas qu'ils continuent à se servir de feuille de digitale. Certainement c'est là une préparation forcément énergique, mais essentiellement irrégulière dans ses effets et la preuve, c'est que M. Petresen donne jusqu'à 6 grammes de poudre de digitale par jour à ses malades !

La *digitaline chloroformique* doit donc seule être employée puisque seule elle est identique dans tous les pays et dans toutes les pharmacies.

Quelle dose doit-on employer ? évidemment une dose forte, puisque ce sont de fortes doses qui produisent les symptômes qu'on a à combattre, mais il faut songer qu'ici le mal est bien près du bien et qu'il faut prendre garde de produire, par une dose trop forte, une aggravation rapidement mortelle.

C'est pour toutes ces raisons que je préfère administrer la digitaline par injections hypodermiques ; il faut, dans

ce cas, agir sûrement et promptement, ce mode d'administration nous offre ces deux avantages.

Je fais mettre dans 10 grammes d'eau stérilisée X gouttes de la digitaline, solution de Mialhe (notre 3e décimale) et j'administre au malade une seringue de Pravaz toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à ce que le pouls soit modifié et les urines augmentées.

Voilà les réflexions que m'ont suggéré le travail si remarquable du Dr Barth. Je crois, comme lui, que la digitale convient dans la pneumonie grave, *toutes les fois qu'on peut constater les symptômes produits par la digitale chez l'homme sain et chez les animaux à sang chaud.*

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 août. — M. Magnan présente des pièces anatomiques préparées suivant une nouvelle méthode par le Dr Melnikoff-Raznedenkoft, de Moscou. L'organe frais est placé pendant vingt-quatre heures dans la formaline, traité ensuite par l'alcool à 95 degrés pendant huit heures, puis placé dans une solution glycérino-aqueuse d'acétate de potasse et, enfin, conservé dans la gélatine additionnée d'acétate de potasse. Les pièces préparées et conservées d'après ce procédé présentent encore, au bout de plusieurs années, l'aspect de pièces fraîches.

M. Fournier présente deux photographies Rœntgen. La première reproduit une tumeur blanche de l'articulation

du genou sur un enfant. On y distingue très nettement les lésions osseuses habituelles et, fait intéressant, les faisceaux musculaires qui restent généralement indistincts dans les images Rœntgen, se détachent ici et se particularisent de façon à pouvoir être appréciés comme volume, forme et trajet. La seconde a rendu un service diagnostique. Il s'agissait d'une femme syphilitique présentant une vaste gomme en nappe de la région antibratiale. L'épaisseur ne permettait pas d'explorer les os sous-jacents. La méthode de Rœntgen révéla sous la masse gommeuse une hyperostose radiale considérable.

Rapport sur un cas d'actinomycose. — Le professeur R. Blanchard fait un rapport sur un nouveau cas d'actinomycose observé par le Dr Ducor. On sait que le nombre total de cas observés en France ne dépasse pas une quarantaine. La malade âgée de quarante-deux ans, fut prise il y a six ans de douleurs en arrière de l'angle inférieur droit de la mâchoire avec tuméfaction et trismus. Croyant à un abcès on fit une incision qui livra passage à un liquide clair dont l'écoulement persista deux mois, pendant que le mal se développait toujours. Après divers traitements qui aggravaient la maladie dont l'origine était méconnue, la malade fut consultée par le Dr Ducor, le 4 novembre 1895, et ce dernier reconnut dans le pus la présence des éléments caractéristiques de l'actinomycète mélangés d'ailleurs avec des streptocoques. A cette date la tumeur était à peu près grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Elle occupait tout le côté droit de la joue de telle façon que la bouche déplacée semblait percée sur la joue gauche, les lèvres ne pouvant s'accoler l'une à l'autre. La peau recouvrant la tumeur était lisse, souple mais vascularisée, sans adhérence avec la tumeur sous-jacente.

A la palpation la tumeur donnait par place la sensation d'une induration ligneuse et, entre ces masses scléreuses, le tissu était ramolli et fluctuant. L'état général était très mauvais.

Le traitement par l'iodure de potassium fut institué à la dose de 2 gr. 50 par jour. En même temps on fit des injections de sérum de Marmoreck contre les streptocoques, et la teinture d'iode fut employée en badigeonnages et en injections parenchymateuses. Actuellement, la tumeur a notablement diminué dans tous les sens. La bouche tend à reprendre sa position normale et les lèvres peuvent s'accoler. L'état général est redevenu satisfaisant et la malade engraisse. Malgré cela les lésions sont trop anciennes et trop graves pour qu'on puisse espérer leur disparition complète.

Sur le mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales. — MM. Cornil et Chaput étudiant le mode de réunion de la séreuse péritonéale d'une anse intestinale avec celle d'une anse voisine, ont pratiqué un certain nombre d'expériences sur des chiens qu'ils ont sacrifiés, de façon à examiner les anses réunies au bout de quatorze heures, vingt-quatre heures après l'opération et chaque jour ensuite jusqu'au neuvième jour.

Au bout de quatorze heures les mailles du grand épiploon voisin de la cicatrice montrent des travées dont les cellules présentent toutes une prolifération de leurs noyaux par bourgeonnement et division directe. La cicatrice interintestinale montre uniquement un réseau de fibrine à très fines mailles remplies de globules rouges et de globules blancs.

Au bout de vingt-quatre heures on observe la même prolifération des noyaux des cellules et, en plus, quelques

cellules semblent libres et détachées des travées. Les coupes transversales de la cicatrice montrent les deux couches péritonéales unies par un réseau de fibrine colorée. A un fort grossissement on constate une grande quantité de globules blancs au milieu de la couche musculaire et un peu partout.

Après quarante-huit heures, il n'y a pas grand changement. Mais, à la fin du troisième jour, on constate auprès des fils, dans la couche musculaire et dans le péritoine intestinal, une multiplication de grandes cellules anastomosées, de tissu conjonctif en formation nucléaire active par division directe. Les globules blancs sont toujours en grand nombre. Mais c'est pendant le quatrième jour qu'éclate la multiplication des énormes cellules qui envahissent les mailles et travées de la fibrine et le tissu cellulaire du péritoine intestinal, et qui s'anastomosent partout entre elles et avec les cellules de la cicatrice fibrineuse jusque-là.

Au cinquième jour on peut voir dans la cicatrice des vaisseaux capillaires de nouvelle formation. Au bout du sixième jour des portions de cicatrice présentent une constitution complète du tissu cicatriciel. Au bout du huitième jour la cicatrice est complètement constituée sur toute son étendue.

(*Séance du 11 août.*) — Observation de spina-bifida. — M. Berger fait un rapport sur un cas de spina-bifida opéré par M. Kirmisson. Il s'agissait d'un enfant de trois mois, vigoureux, atteint d'un spina-bifida de la région lombaire, présentant l'aspect d'une tomate de 3 à 4 centimètres dans le sens vertical, de 5 centimètres environ dans le sens transversal. La tumeur est irréductible par la pression qui

ne détermine ni cris ni convulsions chez l'enfant. L'opération est pratiquée et la tumeur complètement enlevée. Les suites de l'intervention ont été très bénignes et quinze jours après l'enfant était complètement guéri. Or, en faisant pratiquer l'examen histologique de cette tumeur par M. Küss, son interne, M. Kirmisson a pu constater qu'il avait enlevé au niveau du pédicule une calotte de tissu médullaire appartenant manifestement aux cordons postérieurs. Il est curieux de voir qu'à la suite de cette ablation l'enfant n'a présenté aucuns troubles fonctionnels ou autres.

Malgré le résultat opératoire obtenu chez ce malade, M. Berger, s'appuyant sur plusieurs statistiques qui montrent que ces opérés deviennent presque toujours paralysés ou hydrocéphales, craint que la guérison ne se maintient pas bien longtemps, et ne conseille guère l'opération dans le cas de spina-bifida.

Sérum anti-pesteux. — M. Henri Monod lit une lettre du Dr Yersin relatant la guérison d'un cas de peste par le sérum anti-pesteux qu'il a découvert. Le malade était un enfant de 18 ans qui fut pris un matin des premiers symptômes de la peste avec bubon caractéristique dans l'aine droite. A 3 heures du soir il reçut une première injection de 10 centimètres cubes, vaccinant la souris au 1/10 de centimètre cube, une autre à 6 heures et une troisième à 9 heures du soir. L'état du malade, qui avait été en empirant, s'améliore notablement à minuit et le malade s'endort. A 6 heures du matin le malade se réveille en pleine connaissance. Le bubon n'est plus douloureux et a diminué de volume, il n'y a plus de fièvre. Trois jours après, l'enfant pouvait faire une petite promenade.

Depuis, M. Brouardel a reçu une dépêche l'informant

que M. Yersin a déjà traité 29 cas de peste par sa méthode et que dans tous les cas le succès a été manifeste. Étant donné que la mortalité de la peste est généralement de 95 p. 100 on ne peut qu'applaudir à ce magnifique succès.

Séance du 18 août. — Séance de vacances de peu d'intérêt dans laquelle on entend seulement une communication du Dr de Brun (de Beyrouth) sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un portefaix qui entre à l'hôpital français de Beyrouth pour un tétanos consécutif à l'application d'un cautère. Après un traitement de six semaines consistant dans l'absorption de 10 puis 14 grammes de chloral, 3 grammes puis 5 grammes d'antipyrine et de 2 à 4 injections hypodermiques de sulfate d'atropine à 1/2 milligramme chaque par jour, le malade était guéri de son tétanos, mais il présentait une démarche spéciale : il ne pouvait marcher que sur la pointe du pied, sur l'avant-pied. Les membres inférieurs semblaient avoir perdu la souplesse de leurs mouvements et le coude gauche était fléchi à angle droit. Au repos, l'avant-pied seul reposait sur le sol, les deux talons en restant éloignés, le gauche de six centimètres, le droit de 4 centimètres et demi. En plus le malade ne pouvait ni se baisser ni s'accroupir. Une fois couché il lui était impossible de s'asseoir. Le corps semblait transformé en une tige rigide capable d'osciller autour de son centre et dont la partie supérieure, représentée par le tronc, ne pouvait s'élever qu'à la condition que la partie inférieure, représentée par les jambes, s'abaissât proportionnellement. Après un mois et demi d'exercice, les talons com-

mençaient à effleurer le sol pendant la marche. Le Dr de Brun rapproche de ce cas deux autres dans lesquels il a observé aussi des contractures musculaires après la guérison du tétanos. Il signale également un ensemble de signes peu connus jusqu'à présent dans le tétanos : une constipation opiniâtre, la persistance de l'appétit pouvant aller jusqu'à une véritable fringale, une soif ardente, l'insomnie tenace et parfois complète, enfin de violentes transpirations qui persistent souvent quelques jours après la maladie, et un besoin de se déplacer presque continuel qui force le malade à demander toutes les cinq minutes qu'on veuille bien déplacer ses membres et retourner son corps.

Séance du 25 août. — Du rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales. — L'amaigrissement, en vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser le développement des hernies. Mais le Dr Lucas-Championnière croit que la présence de la graisse dans ces mêmes orifices fibreux favorise singulièrement la formation des hernies. D'après lui, la graisse qui s'accumule aux environs des orifices est à l'état liquide pendant la vie ; transmettant intégralement les pressions qu'elle éprouve, elle tend à forcer les anneaux, et, comme elle est rattachée au péritoine par des faisceaux fibro-cellulaires, elle peut l'entraîner au dehors. En outre, la graisse remplissant l'abdomen, refoule les intestins vers les anneaux déjà agrandis par la présence de la graisse.

Il faut donc s'opposer à l'engraissement chez les jeunes sujets. Les exercices gymnastiques, sauf ceux qui exigent des efforts trop violents, seront utiles dans ce but. Le

régime devra être aussi surveillé : peu de viande et peu de boisson, surtout aucune boisson alcoolique. Les bains faciliteront les fonctions de la peau.

Dans les opérations herniaires chez les sujets obèses, il faut avoir soin d'enlever toute la graisse qui occupe la région opérée, et leur faire suivre après l'opération un traitement et un régime destiné à empêcher l'engraissement de continuer à se développer.

Ainhum et lèpre. — Le Dr DE BRUN (de Beyrouth) vient combattre l'opinion du Dr Zambacco-Pacha, d'après laquelle l'aïnhum ne serait qu'une forme atténuée de la lèpre.

Les unicistes font valoir comme arguments principaux quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre et quelques cas d'aïnhum avec troubles trophiques simulant la lèpre. Mais, les cas de contriction dans la lèpre sont très rares et ne siègent jamais qu'aux doigts. Ils s'accompagnent, en outre, de manifestations morbides indiquant : les unes, une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux; les autres, une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs, de la peau ou des muqueuses qui permettent d'affirmer la présence de la lèpre.

Dans l'aïnhum, la contriction siège presque toujours sur le cinquième orteil, rarement sur le quatrième, et jamais sur les doigts. La lésion caractéristique est un petit sillon au niveau du pli digito-plantaire, sillon qui s'enfonce lentement et finit par amputer l'orteil sans plaie, sans ulcération, et sans retentissement sur l'état général.

Quant à l'argument tiré de l'existence chez quelques malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant de l'analogie avec la lèpre, cela prouve seulement que les

deux maladies peuvent coexister chez le même sujet. D'ailleurs, puisqu'on n'a jamais trouvé jusqu'à présent le bacille de Hansen dans l'aïnhum, et qu'au dire de M. Zambaco lui-même, ce dernier est incontestable dans la lèpre mutilante pure, il faut bien admettre que, puisqu'il n'existe pas dans l'aïnhum, l'aïnhum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

Dr G. NIMIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. FISTULE ŒSOPHAGO-PULMONAIRE COMPLIQUANT UN ÉPITHÉLIOMA DE L'ŒSOPHAGE. — II. ANGINE COUENNEUSE A STREPTOCOQUES, AVEC LÉSIONS PURULENTES DU PÉRICARDE ET DES ARTICULATIONS (DIATHÈSE PURULENTE). — III. DEUX CAS D'ABCÈS DU FOIE TROPICAUX. — IV. SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — V. VASTE KYSTE HYDATIQUE DU FOIE ; DÉPLACEMENT INSOLITE DU CŒUR ; MORT TRÈS RAPIDE APRÈS ÉVACUATION DU LIQUIDE PAR INCISION. — VI. UNE FAUTE DANS LA STÉRILISATION DU LAIT. — VII. BACILLE D'EBERTH DANS LES SELLES D'UN MALADE ATTEINT DE TUBERCULOSE AIGUE ; SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF. — VIII. ETIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — IX. FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ UNE NOURRICE, AGGLUTINATION DU BACILLE D'EBERTH PAR LE LAIT. — X. RECHERCHE DE LA RÉACTION AGGLUTINANTE DANS LE SANG ET LE SÉRUM DESSÉCHÉ DES TYPHIQUES ET DANS LA SÉROSITÉ DES VÉSICATOIRES.

I

Séance du 17 juillet. — M. GALLIARD a montré dans une étude sur les cancers de l'œsophage qu'ils se compliquaient assez fréquemment de fistules pulmonaires et

que cette communication se manifestait pendant la vie par de l'*expectoration alimentaire.*

Il lit à la Société une observation avec autopsie montrant un cas typique de cette complication.

II

M. Gouguenheim fait une communication très intéressante sur une observation qu'il intitule ainsi : *Angine couenneuse à streptocoques ; mort ; lésion du poumon gauche, de la plèvre du même côté et du péricarde ; arthrite purulente des articulations de la clavicule gauche.* C'est pour nous un exemple absolument net de la maladie que J.-P Tessier a décrite il y a cinquante ans sous le nom de *diathèse purulente ;* maladie dont le D[r] Dufresne, de Genève, a souvent entretenu nos lecteurs et qui, dans ce cas, paraît s'être développée sous l'influence du streptocoque.

Voici cette observation :

Manuel D... R..., n° 2, salle Lasègue. Envoyé à M. Gouguenheim par un médecin de la ville, le 20 mai, pour être trachéotomisé comme porteur d'une angine à fausses membranes causant une gêne très prononcée de la respiration. L'inspection de la gorge démontre que les lésions dominent à gauche et qu'un épais exsudat enveloppe l'amygdale ; un examen du larynx pratiqué par M. Gouguenheim lui fait voir le vestibule congestionné et recouvert de mucosités purulentes faisant presque croire à l'ouverture d'une périchondrite interne.

Le malade est mis en observation, la trachéotomie ne semblant pas absolument indiquée. Albumine en grande quantité. T. 39°6 ; 39°8.

M. Dutertre, interne en pharmacie du service, trouve du streptocoque pur à l'examen bactériologique.

Traitement. — Pas de sérum. Salol, 4 grammes, Todd. Injections naso-pharyngiennes.

Le 22, le malade souffre déjà beaucoup moins de la gorge et il ne ressent plus aucune gêne respiratoire. T. 38°6 ; 39°1.

Les 23, 24 et 25, l'amélioration continue. L'isthme du gosier se déterge, il subsiste une rougeur diffuse, et l'amygdale un peu tuméfiée est déchiquetée. T. 38° et 39°.

Le 26, on peut considérer l'angine comme terminée, cependant la température se maintient à 39° environ. T. 38°8 ; 38°5.

Le 27. Douleur subite très vive dans le côté gauche en bas et en arrière du thorax, légère recrudescence de la fièvre. L'auscultation fait entendre à ce niveau des râles sous-crépitants qui paraissent bien localisés en un foyer superficiel. On y pratique une injection de liqueur de van Swieten et l'on ordonne 75 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois fois dans la journée. T. 39° ; 39°3.

Les 28, 29 et 30. Les signes d'auscultation sont les mêmes, mais l'état général s'est notablement aggravé, malgré une faible diminution de la fièvre. Le malade se plaint surtout d'insomnie et de violents maux de tête nocturnes pour lesquels on lui fait prendre 30 centigrammes de phénacétine. Pouls bon, pas rapide, l'auscultation du cœur est rendue impossible par les râles de bronchite disséminés dans les deux poumons et l'état d'oppression considérable du malade. On n'a aucune inquiétude de ce côté.

Le 1er juin. Plus de râles sous-crépitants, mais seulement des frottements secs très nets. Il existe toujours un point de côté à gauche, et une matité en arrière à la base

large d'environ quatre doigts. Le malade se trouve un peu mieux ; ses maux de tête ont cessé et il a recouvré l'appétit et le sommeil. Comme l'albumine persiste, on lui refuse toute autre nourriture que le lait. T. 38° ; 38°6.

Le 4. Même état ; mais à part les râles de bronchite, on n'entend plus rien dans les poumons. T. 39° ; 39°.

Le 5. Ascension brusque de la température, coïncidant avec l'apparition d'une rougeur inflammatoire et un commencement d'œdème de la région de l'articulation sterno-claviculaire gauche, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs. T. 38°7 ; 40°3.

Douleurs excessives à la pression. Le malade est très déprimé.

Les 6 et 7. Toutes les articulations du membre supérieur gauche sont fort douloureuses, le coude principalement, mais il n'y a ni rougeur, ni gonflement. L'articulation sterno-claviculaire forme véritablement une tumeur rouge, chaude, œdémateuse, on s'attend à sentir la fluctuation le lendemain. T. le 6, 39° ; 39°9 ; le 7, 39° ; 38°6.

Mais le 8, ces phénomènes ont tous disparu brusquement. Un œil non prévenu ne saurait rien trouver d'anormal à l'articulation qui a été si affectée. Il ne reste à ce niveau qu'un léger gonflement diffus de la peau qui a repris absolument sa coloration normale. T. 37°7 ; 38°4.

Le 9. Le malade se sent très bien, il a de l'appétit, remue très aisément son bras et ne ressent plus nulle gêne dans la poitrine. Plus d'albumine dans son urine. On lui permet un premier degré d'alimentation. T. 37°6 ; 38°1.

Malgré un amaigrissement prononcé et un teint terreux on songe à la convalescence ; la température se rap-

proche de la normale lorsque le 16 juin, à 5 heures du matin, le malade meurt subitement dans son lit dans une crise d'étouffement qui n'a pas duré dix secondes.

Autopsie. — Pus dans l'articulation sterno-claviculaire; le péricarde en contient 1 litre. Le cœur est normal, et il n'y a rien aux valvules. La plèvre renferme à la base gauche du pus épais.

Les poumons sont uniformément congestionnés, surtout le gauche, qui rend à la coupe beaucoup de liquide sanguinolent et spumeux.

Les viscères abdominaux sont absolument indemnes de toute inflammation. Foie gros et tuméfié. Le rein est petit, contracté, il contient plusieurs calculs durs et irréguliers dans les calices. La rate est petite et dure. Rien dans le cerveau.

En somme, diathèse purulente débutant par un abcès laryngé et une angine pseudo-membraneuse à streptocoque, atteignant ensuite la plèvre gauche, les articulations de la clavicule gauche et se terminant par une vaste péricardite purulente, méconnue pendant la vie et tuant le malade presque subitement.

III

M. Rendu a eu la bonne fortune d'observer à quelques mois de distance deux cas d'abcès du foie ayant présenté une marche très semblable. Voici le résumé de ces deux observations.

Obs. I. — Félix N..., 31 ans, entre le 16 décembre 1895, à l'hôpital Necker : aspect cachectique, se plaignant d'une douleur vive de la région du foie, et qui offre manifestement une teinte subictérique des téguments et des conjonctives.

Il ne s'agit pas là d'un ictère par rétention dû à un obstacle mécanique au cours de la bile, car les garde-robes sont colorées, et les urines, tout en étant pigmentées, ne donnent pas la réaction de Gmelin : elles renferment pourtant une petite dose d'urobiline.

Le symptôme prédominant que le malade accuse est la douleur hépatique. Elle a commencé à se faire sentir il y a quatre mois et, depuis, a subi un certain nombre d'exacerbations et de périodes de rémission. Depuis trois semaines, elle est devenue beaucoup plus prononcée. Cette douleur est de deux sortes : l'une spontanée, sourde, continue, s'accroissant sous l'influence des mouvements de la respiration, des efforts de toux, d'ordinaire plus intense la nuit que le jour : elle est assez pénible pour empêcher complètement le décubitus latéral : le malade ne peut se coucher ni à droite ni à gauche, il est obligé de rester constamment sur le dos ; quand il est debout, il semble moins souffrir. Pourtant, il éprouve une pesanteur habituelle de la région hypochondriaque, traversée de temps en temps par des élancements.

La pression du foie provoque également une douleur qui offre les mêmes caractères, à cela près qu'elle a son maximum non pas au niveau de la glande hépatique, mais sur le ventre et à la région diaphragmatique.

Il n'existe pas d'irradiation douloureuse vers le thorax, ni du côté de l'épaule et du bras droit.

L'examen de la région hépatique ne laisse aucun doute sur l'existence d'une hypertrophie du foie. A l'inspection on constate une voussure sous-diaphragmatique, avec immobilité des dernières côtes dans la période inspiratoire, et saillie manifeste des espaces intercostaux.

De même, en arrière, la région hépatique semble plus

pleine et plus tendue, bien qu'il n'existe ni dilatation veineuse superficielle, ni œdème pariétal. La pression sur ce point n'est même pas douloureuse, à l'inverse de ce qui a lieu pour la région hypochondriaque antérieure.

La mensuration fournit, au niveau du 5e espace intercostal, 43 centimètres à droite, 41 à gauche.

A la percussion, la matité commence au 4e espace intercostal droit, et déborde, en bas, de deux travers de doigt les fausses côtes, sur une hauteur verticale de 17 centimètres.

La palpation de la région abdominale permet de sentir le bord du foie, qui n'est pas mousse et qui a conservé son caractère tranchant, mais qui est sensible et douloureux à la pression.

Le lobe gauche de l'organe paraît beaucoup moins développé et n'excède pas les dimensions physiologiques : l'épigastre est peu douloureux et médiocrement bombé.

En somme, il existe une hypertrophie du foie qui porte surtout sur le lobe droit de l'organe, lequel a refoulé en haut le diaphragme jusqu'au voisinage du 4e espace.

Il n'y a aucun signe de péritonite, pas d'ascite; un peu d'inappétence pour la viande. Les autres organes sont sains. L'état général est mauvais; amaigrissement sensible; œdème fugace des membres inférieurs le soir; aucune fièvre. Le médecin de la ville croyant à la tuberculose lui a fait prendre de la créosote.

L'examen du Dr Rendu lui a montré qu'il s'agissait uniquement d'une affection hépatique ; il a rejeté successivement la *cirrhose alcoolique*, à cause de la forme du foie, de l'absence d'ascite et d'hypertrophie splénique, et des caractères des urines ; la *syphilis* et le *cancer hépatique*, à cause de la forme lisse du foie. Il s'arrête à l'idée d'une

suppuration intra-hépatique en s'appuyant sur l'existence de phénomènes de péritonite sous-diaphragmatique, indiscutables au début de l'affection, sur la réalité de frissons erratiques survenus à certaines périodes, sur les sueurs nocturnes que présentait le malade, ce qui avait fait croire à de la tuberculose; enfin, et surtout, sur la forme de la voussure hépatique. La tension des espaces intercostaux, leur immobilisation, la douleur vive provoquée en ce point par la pression, correspondaient bien à l'idée d'une collection peut-être purulente. Il n'était pas jusqu'à la palpation des espaces intercostaux distendus, qui ne donnât une sensation de rénitence diffuse, semblable à celle des épanchements, mais mal définie.

Une ponction exploratrice faite au moyen d'une seringue de Pravaz avec une longue aiguille donne issue à un liquide louche, fluide, incontestablement purulent et stérile à l'examen bactériologique.

Les antécédents pathologiques du malade sont du reste, en rapport avec cette hépatite suppurée : très bien portant jusqu'à son départ pour le Tonkin en 1884 ; pendant son séjour, de 1884 à 1887, fièvres intermittentes pendant cinq mois et dysenterie ; à ce moment il aurait déjà eu le foie gros; de 1887 à 1889 excès de toutes sortes ; en 1889, séjour à l'hôpital Saint-Antoine avec des signes de congestion du foie avec ictère. Depuis il s'est bien porté jusqu'en août 1895, début des accidents actuels, à la suite d'un bain froid.

Le 29 décembre, M. Routier fit dans le 8e espace intercostal une incision au point le plus saillant et retira 2 litres de pus séreux grisâtre, sans odeur; lavage à l'eau bouillie ; introduction de deux drains de 15 à 20 centimètres de longueur, pansement à la gaze iodoformée. Les

suites de l'opération furent des plus bénignes ; pas de fièvre ; guérison rapide.

L'OBSERVATION II paraît bien analogue à la précédente : homme de 54 ans, d'apparence robuste, entre le 13 avril 1896 à l'hôpital Necker. Séjour de sept années en Algérie avec santé excellente ; en 1881, quinze mois en Cochinchine sans aucune maladie. Dans les premiers jours de janvier dernier, diarrhée habituelle, sans coliques, sans glaires ni sang ; cette diarrhée avait lieu le matin, les selles étaient bilieuses, presque noires. Aucun excès alcoolique.

A son entrée, voussure visible ; hypertrophie du côté droit du foie ; fluctuation assez nette ; la région n'est pas douloureuse et plus facile à explorer que chez l'autre malade ; une ponction exploratrice donne issue à un pus séreux, très fluide et stérile. L'opération faite aussi par M. Routier donne issue à 1 litre de pus. Les suites en sont aussi satisfaisantes.

En somme, deux exemples typiques de cette variété d'abcès du foie décrite sous le nom d'abcès tropical, développés lentement, insidieusement, sans *réaction fébrile violente*. Il faut conclure de ces deux observations que les abcès hépatiques tropicaux peuvent ne se développer que très longtemps après le retour en Europe et qu'ils peuvent n'occasionner aucune fièvre.

IV

Séance du 24 *juillet.* — M. ACHARD a eu six fois l'occasion d'employer le procédé de M. Widal avec trois résultats positifs et trois résultats négatifs.

Pour les trois cas négatifs, deux se rapportaient à des

malades entrés à l'hôpital avec de la prostration, de l'insomnie, de la céphalalgie, de la courbature, un peu de diarrhée ; ces symptômes qui existaient depuis trois ou quatre jours disparurent dès le lendemain ; le séro-diagnostic, fait le jour de l'entrée, avait permis d'écarter immédiatement le diagnostic de fièvre typhoïde. Le troisième cas prêtait plus à confusion ; il s'agissait de la sœur d'un jeune malade dont M. Widal parlera plus loin. C'est une enfant de 16 ans, à Paris depuis un an. Après avoir ressenti du malaise pendant quinze jours, elle prend le lit deux jours après ; le 12 juillet, elle entre à l'hôpital Beaujon, se plaignant d'un violent mal de tête, de douleurs de ventre, sans diarrhée, de perte d'appétit. Elle répond assez lentement et difficilement aux questions qu'on lui adresse ; elle ne dort pas et est agitée la nuit. La température rectale est de 39°, l'urine renferme des traces d'albumine, la langue est sèche, un peu blanche, le ventre est souple et non météorisé, mais la région iléocæcale est légèrement douloureuse, ainsi que la région splénique où la percussion révèle une matité nettement appréciable, quoique peu étendue. Il n'y a pas de râles dans la poitrine. Pendant les deux premiers jours, la température monte graduellement : 39° le premier soir. 38° le matin, puis 39°4, 38°6. Une épistaxis survient le 15 juillet, une autre abondante le 17 ; le même jour, on perçoit un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, malgré l'absence de diarrhée, et la rate est assez volumineuse.

Il n'existait pas de diarrhée, pas de râles et pas de taches, cependant il pouvait y avoir hésitation. L'examen du sang ayant été négatif, le diagnostic de fièvre typhoïde a été rejeté. Au bout de quelques jours, la torpeur intel-

lectuelle a cessé, la céphalalgie a disparu, le sommeil est revenu, la fièvre a continué sous une forme rémittente à grandes oscillations et M. Achard conclut, comme M. Widal le fera plus loin pour le frère de cette petite malade, à un de ces états mal déterminés rangés encore aujourd'hui sous la rubrique « embarras gastrique fébrile ».

Voici maintenant les trois cas positifs : le premier a pour sujet une jeune fille atteinte de rechutes de fièvre typhoïde après huit mois d'apyrexie. L'examen du sérum avait été fait par M. Widal pendant la première fièvre typhoïde et avait été caractéristique ; il l'est encore pendant la seconde ; le second a pour sujet une jeune femme entrée à l'hôpital après trois semaines de fatigue et de malaise, ayant vu huit jours avant son entrée un médecin qui diagnostiqua une fièvre typhoïde légère et conseilla d'entrer à l'hôpital ; à son entrée fièvre assez légère, état général assez bon pour permettre à la malade de se lever pour uriner, angine pseudo-membraneuse légère ; il est certain qu'en l'absence de l'examen positif du sérum, cette malade n'aurait pas été considérée comme atteinte de fièvre typhoïde. Une ponction de la rate faite depuis a donné des cultures pures de bacille d'Eberth. Le troisième cas est plus démonstratif. Il s'agit d'un homme de 56 ans entré à l'hôpital le 17 juillet, se plaignant d'une grande fatigue et de violents maux de tête et présentant une trémulation très marquée, notamment aux lèvres et à la langue, et donnant l'impression qu'on est en présence d'un alcoolique atteint d'une affection fébrile. La langue est sèche, un peu fendillée et couverte d'un enduit blanchâtre. Le malade tousse et expectore quelques crachats blancs, épais, parfois striés de sang. Il n'a pas de dyspnée

et l'auscultation ne révèle que quelques râles disséminés. Il n'y a pas de troubles cardiaques. L'urine renferme de l'albumine (0 gr. 60 par litre). Le ventre est souple, non tendu ni douloureux. Il y a un peu de diarrhée qui serait survenue, au dire du malade, à la suite d'une purgation ; il n'y a pas de gargouillement iléo-cæcal. La température rectale atteint 40°2 le soir. Le malade a conservé toute sa lucidé d'esprit et répond fort bien aux questions. Des renseignements qu'il donne et de ceux qui nous ont été fournis par sa femme, il résulte qu'il est malade depuis six semaines ; à cette date, il a été pris de fièvre, a eu une épistaxis légère et est resté dans cet état pendant quatre semaines, se levant cependant, marchant et continuant à manger comme de coutume. Puis, pendant une quinzaine, il se trouva mieux, jusqu'à ce que, le 15 juillet, deux jours avant d'entrer à l'hôpital, il fût repris de fatigue et de fièvre plus vive, avec perte de l'appétit cette fois.

Les jours suivants, température oscillant de 39°2 à 40°2, et, malgré l'absence de taches rosées, examen du sérum du sang qui donne un résultat très marqué. Ce diagnostic de fièvre typhoïde s'est confirmé depuis par l'apparition de stupeur cérébrale, de sécheresse de la langue et de deux taches rosées ; la ponction de la rate a donné aussi une culture pure de bacille d'Eberth.

M. Widal rapporte qu'il a trouvé la réaction caractéristique dans quatorze cas personnels ; chez dix personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis un temps variant de un à dix-neuf ans, il n'a constaté l'action agglutinante du sérum que chez une personne ayant eu, sept ans auparavant, une dothiénentérie grave. Chez les personnes saines ou atteintes d'affections diverses, l'examen a été jusqu'ici constamment négatif.

Chez quatre malades de fièvre typhoïde arrivés à l'hôpital le huitième jour de la maladie, le phénomène existait déjà ; chez un malade entré le sixième jour, la réaction n'existait pas ; le septième jour, elle ne se faisait qu'après une heure de contact entre le sérum et la culture ; enfin, le huitième jour, elle était immédiate. Il semblerait par ces observations que c'est vers le septième ou le huitième jour que le séro-diagnostic devient évident ; cependant M. Widal rapporte l'observation d'un malade de M. Fernet, chez lequel le phénomène existait très nettement à son entrée à l'hôpital le cinquième jour de sa maladie.

M. Widal rapporte ensuite l'histoire du frère de la jeune fille dont a parlé plus haut M. Achard ; ce jeune homme, âgé de 18 ans, habitait Paris depuis quelques mois seulement et entrait à l'hôpital pour de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs abdominales et avait eu chez lui de la diarrhée. La fièvre, variant entre 38 et 39°, une sœur du malade étant entrée à l'hôpital le même jour pour des symptômes semblables, tout faisait penser à une fièvre typhoïde légère. L'examen du sérum fait treize jours de suite a toujours été négatif ; de plus du sang de la rate n'a donné que des cultures de staphylocoques blancs.

Les recherches avec les urines soit de typhiques, soit de personnes saines ou atteintes d'autres affections n'ont pas donné de résultats concluants. Tantôt l'urine des typhiques n'avait pas de propriétés agglutinantes, tantôt elle en avait ; quelquefois les urines de non-typhiques produisaient des agglutinations. Il n'y a donc rien de certain de ce côté-là.

MM. Siredey et Menetrier ont observé des résultats analogues.

V

M. Le Gendre rapporte une observation très intéressante de kyste hydatique du foie longtemps méconnu et terminée malheureusement. Voici son résumé succinct.

Un jeune homme de 28 ans se plaignait depuis longtemps de douleurs diverses, rhumatismales d'après son médecin et traitées par le salicylate de soude. Le médecin du malade étant absent pour longtemps, celui-ci vint consulter M. Le Gendre.

Les douleurs, qui avaient débuté quatre ans auparavant, revenaient par crises de plusieurs jours, crises séparées par des intervalles de repos complet et devenant de plus en plus fortes. Elles siégeaient surtout à la partie droite du thorax, s'irradiant dans l'épaule droite et le bras droit, dans l'abdomen et la cuisse droite. Le malade paraissait respirer assez difficilement en parlant. Lorsqu'il fut déshabillé, la base du thorax paraissait élargie surtout suivant le diamètre transversal, et l'on remarquait une voussure au niveau de l'hypochondre droit. Le cœur était refoulé à gauche et en haut, de sorte que sa pointe battait dans le 4e espace intercostal à plusieurs centimètres en dehors du mamelon gauche. A la percussion, zone de matité, remontant au-dessus du mamelon droit et se continuant vers l'aisselle droite, descendant en bas jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal, s'étendant à gauche au delà du sternum et se confondait avec la matité du cœur.

Le diagnostic de kyste hydatique volumineux s'imposait ; le malade entra dans le service de M. Tuffier qui devant la dyspnée croissante jugea l'opération urgente. Celle-ci consista dans l'ouverture du kyste, laissant

échapper 2 litres de liquide; la membrane hydatigène fut extraite avec une pince et la cavité bourrée de gaze. Après l'évacuation du liquide, le malade se mit à respirer régulièrement et le cœur reprit sensiblement sa situation normale.

Le soir la respiration s'embarrassa, la dyspnée s'accompagna de cyanose et la mort survint vers 11 heures du soir.

M. Le Gendre compare cette mort à ces morts rapides qui ont été signalées par exception après une ponction d'ascite ou une thoracentèse à l'époque où on ne pratiquait pas encore l'aspiration des épanchements pleuraux considérables en plusieurs séances.

M. Rendu profite de cette communication pour recommander un mode de traitement des kystes hydatiques qu'il appelle traitement médical et qu'il croit devoir employer lorsqu'une ponction exploratrice a indiqué que le liquide est clair et transparent.

Dans ce cas, lorsque le kyste n'est pas très gros, il fait une ponction avec une aiguille ou un trocart très fin, soustrait une quantité variable de liquide kystique et injecte à sa place 3 à 4 centimètres cubes d'une solution diluée de sublimé (1/3000 ou 1/4000). Il a vu, il y a deux mois, M. Terrier agir ainsi chez une fillette de 12 ans qui portait un kyste renfermant vraisemblablement un litre de liquide.

M. Hanot rappelle qu'il emploie ce moyen depuis longtemps avec résultats très favorables dans les petits kystes; résultats moins certains dans les grands kystes.

M. Comby rapporte une observation opérée d'une façon analogue par M. Jalaguier avec bon résultat.

M. Siredey a observé un malade atteint de kyste

hydatique de la plèvre, auquel il enleva par thoracentèse 2 litres et demi de liquide. Le soir de la ponction le malade toussait par quintes et expectorait abondamment. Il s'était produit une perforation du poumon ayant amené un pneumothorax. Le chirurgien de l'hôpital fut d'avis d'une opération pour prévenir l'infection. Le malade étant endormi, pendant que le chirurgien se lavait les mains avant de commencer l'opération, on s'aperçut que le malade ne respirait plus ; rien ne put le rappeler à la vie. L'autopsie démontra que le contenu du kyste avait pendant le sommeil chloroformique reflué dans les bronches, puis dans la trachée, puis dans les bronches du côté sain.

VI

M. Marfan signale à ses confrères que les diarrhées infantiles graves et souvent mortelles peuvent survenir même avec le lait stérilisé lorsque l'on a stérilisé le lait trop longtemps après sa traite. En effet, la stérilisation supprime bien les ferments, mais ne détruit pas les produits de la fermentation.

VII

Séance du 31 juillet. — M. Lemoine lit l'observation d'un homme atteint de *tuberculose aiguë* et dont les selles contenaient le bacille d'Eberth. A ce moment le diagnostic était hésitant. L'épreuve sérodiagnostique était absolument négative et l'autopsie vint la confirmer en montrant de nombreux foyers caséeux dans le poumon, avec granulie généralisée et absence complète d'altérations des plaques de Peyer.

M. Achard a fait ingérer pendant cinq jours à un co-

baye neuf cultures sur gélose de bacille d'Eberth et son sérum n'a eu aucune propriété agglutinante.

VIII

M. Chantemesse trouve l'occasion de parler de l'étiologie de la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde est toujours causée par le bacille d'Eberth, mais il y a des bacilles de différentes races, les uns ont plus que d'autres la propriété de résister à la concurrence d'autres germes, ont le pouvoir de pénétrer plus profondément les organes ou de sécréter des toxines plus actives. Les grandes épidémies proviennent donc en partie de la qualité des bacilles d'Eberth qui les créent. D'autres facteurs peuvent favoriser l'action de ces bacilles : l'idiosyncrasie, la race, l'âge, la misère physiologique, la fatigue, l'encombrement, etc. Il existe aussi probablement des microbes adjuvants dont l'action vient favoriser le développement du bacille d'Eberth.

Nous avons là une nouvelle affirmation des doctrines défendues par l'*Art médical*; le microbe n'est pas une cause suffisante pour produire la maladie ; il faut aussi la réceptivité, la *prédisposition définie*, sans laquelle le microbe est impuissant.

IX

M. Achard et Bensaude, poursuivant les recherches de Widal, qui a constaté non seulement les propriétés agglutinantes du sérum, mais dans un cas celles de l'urine, ont eu l'occasion de l'observer également dans le lait d'une nourrice atteinte de fièvre typhoïde. Il s'agissait d'un cas où le diagnostic était évident et où il avait été contrôlé par un examen sérodiagnostique des plus nets. La

salive de la malade produisait d'une façon évidente l'agglutination des bacilles ; mais, comme la malade saignait des gencives, on aurait pu attribuer cette action au sang contenu dans la salive,

Ce lait, mélangé dans les mêmes proportions que le sérum (1 pour 100) à des cultures jeunes de bacilles d'Eberth dans le bouillon, a provoqué l'agglutination en amas volumineux.

Les auteurs ont fait les mêmes recherches avec le lait de six femmes, trois saines et trois malades (coliques hépatiques, rhumatisme articulaire et phlegmon de la cuisse) ; tous ces essais ont été négatifs.

Le lait chauffé à 60° conserve sa propriété agglutinante; à 100° elle diminue beaucoup ; un chauffage de 15 minutes à 120° la fait disparaître.

M. Widal a continué ses recherches avec le sérum des anciens typhiques et il a trouvé encore une fois la propriété agglutinante chez un malade ayant eu trois ans auparavant une fièvre typhoïde grave et prolongée. La réaction, chez lui, était aussi intense que chez les typhiques à la période de déclin. Pour obtenir du sang de typhique pour cette expérience, il suffit de stériliser l'aiguille et le tube de caoutchouc, que l'on trouve dans la boîte de la seringue de Roux. On ponctionne la veine et on laisse pendre dans un tube stérilisé le bout stérilisé du tube de caoutchouc. Le sang s'écoule goutte à goutte et le sérum se sépare ainsi avec facilité du caillot.

X

MM. Widal et Sicard ont fait des recherches pour savoir si le sang ou le sérum des malades atteints de fièvre ty-

phoïde conservait après dessiccation la propriété d'agglutiner les bacilles d'Eberth en culture dans le bouillon. Après piqûre du doigt on laissait tomber quelques gouttes (4 à 5) de sang sur un petit fragment d'éponge, et, d'autre part, quelques gouttes de sérum du même sang sur un autre petit fragment. Après quarante-huit heures de dessiccation, dans le tube stérilisé contenant chaque petit fragment, on versait 10 à 15 gouttes de bouillon.

Après imbibition d'une demi-heure, on prenait une goutte de ce mélange qu'on laissait tomber dans 10 gouttes d'une culture pure de bacilles d'Eberth, vieille d'un à deux jours. Après un temps variant de quelques minutes à deux heures, on prenait une goutte du nouveau mélange pour l'examiner au microscope. Les préparations faites avec les cultures ayant reçu une goutte de bouillon, qui avait imprégné les éponges imbibées de sérum, laissaient voir immédiatement quelques amas caractéristiques; les préparations faites au contraire avec les cultures mélangées à du bouillon qui avait imprégné les éponges imbibées de sang ne donnaient pas de réaction nettement apparente. Pour voir quelques amas typhiques, il fallait ajouter le bouillon imprégné de sang à une culture de bacilles d'Eberth, dans la proportion de 1 pour 5.

Ces recherches ont été faites avec le sang ou le sérum de trois typhiques, l'un en pleine période d'état, les deux autres au déclin de la maladie, et d'une personne guérie depuis sept ans d'une fièvre typhoïde grave, mais dont le sérum avait toujours donné à chaque examen des agglutinats typhiques.

Des expériences de contrôle avec le sang ou le sérum desséché d'un tuberculeux fébrile, d'un rhumatisant et d'une personne saine sont restées constamment négatives.

———

Les recherches faites avec la sérosité des vésicatoires ont montré que le phénomène était aussi net qu'avec le sérum sanguin.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

ESSAI DE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE PAR L'OVARÉINE

MM. Spillmann et Etienne ont employé les extraits ovariens dans le traitement de la chlorose ; ceux-ci, en favorisant l'élimination des toxines et en introduisant dans l'organisme un principe antitoxique, semblent avoir une action favorable sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules rouges, sur la réapparition de la mestruation. (*Médecine moderne*, 15 août.)

TRAITEMENT DE L'ASCITE DES CIRRHOTIQUES PAR L'URÉE

M. Klemperer emploie l'urée dans le traitement de l'ascite chez les malades atteints de cirrhose du foie. Il avait eu l'occasion de constater son action diurétique puissante chez les sujets atteints de lithiase rénale.

Dans les deux cas d'ascite par cirrhose hépatique que M. Klemperer a eu jusqu'ici l'occasion de traiter par l'usage interne de l'urée, l'épanchement a disparu en quelques semaines.

Le médicament a été donné d'abord à la dose de 10 grammes en vingt-quatre heures ; au bout de quelques jours, la dose quotidienne a été portée à 15, puis enfin à 20 grammes. M. Klemperer administrait l'urée en solution, suivant la formule ci-dessous :

Urée chimiquement pure..... 10 à 20 grammes.
Eau distillée...................... 200 —

F. S. A. — A prendre : par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Ces doses élevées d'urée ont toujours été bien supportées et n'ont exercé aucune action nocive sur l'appétit et les fonctions digestives.

Il faut ajouter que les ascitiques dont il s'agit prenaient fréquemment des purgatifs (infusion de séné, poudre de réglisse composée ou sulfates neutres), qu'ils devaient garder le lit et qu'ils étaient soumis à un régime alimentaire mixte comprenant, entre autres, deux litres de lait par jour. (*Semaine médicale*, 10 janvier.)

ARYTHMIE ET DOULEUR PRÉCORDIALE PROVOQUÉE PAR L'APOCYNUM CANNABINUM

Le Dr Lapchine, de Moscou, emploie depuis quelque temps chez les cardiaques l'apocynum cannabinum, médicament bien connu par les homœopathes.

Sous l'influence de l'extrait fluide de cette plante, administré à la dose de quatre ou cinq gouttes répétée trois fois par jour, notre confrère a vu dans quelques cas l'action du cœur se relever, la fréquence du pouls diminuer et la quantité des urines augmenter sensiblement, mais il a aussi observé certains troubles plus ou moins fâcheux imputables au médicament. C'est ainsi que, dans deux cas, il a noté de l'arythmie du pouls, alors que ce phénomène ne s'était jamais manifesté antérieurement; cette arythmie se montra même, chez l'un des malades, dès le second jour de la médication. Chez deux autres patients, l'apocynum provoqua des douleurs précordiales violentes

qui ne se dissipèrent que lorsqu'on cessa l'usage du médicament. (*Semaine médicale*, 4 mars.)

TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DE LA VARIOLE, DE LA SCARLATINE ET DE LA COQUELUCHE

M. le D[r] C. Kélaïditès, médecin municipal à Koula (Turquie d'Asie), prétend obtenir d'excellents résultats dans la variole, la scarlatine et la coqueluche en injectant aux malades du sérum sanguin provenant d'animaux auxquels ces maladies avaient été transmises par inoculation.

En introduisant le pus des boutons varioliques, le sang et les squames épidermiques des scarlatineux et les sécrétions bronchiques et nasales de sujets atteints de coqueluche sous la peau ou dans une veine du cheval (variole), de la génisse (scarlatine), du chien (coqueluche), on voit, d'après notre confrère, ces animaux contracter l'affection dont le virus leur a été inoculé et on obtient d'eux, *après leur guérison complète*, au moyen d'une saignée pratiquée sur la jugulaire, un sérum jouissant de propriétés curatives puissantes.

Deux ou trois injections de 10 à 30 centimètres cubes de ce sérum, pratiquées dès que l'éruption s'est produite, à un ou deux jours d'intervalle suivant l'âge du malade et l'intensité des symptômes, feraient avorter la variole et en amèneraient la guérison. Elles auraient pour effet immédiat d'abaisser la température fébrile et de provoquer une diurèse abondante. La période de suppuration serait supprimée.

Ce même effet curatif des injections de sérum s'observerait aussi dans la scarlatine. Chez les sujets qui en sont

atteints la période de desquamation commencerait, sous l'influence de la sérothérapie, dès le second jour.

Tels sont les faits que notre confrère dit avoir constatés régulièrement chez une trentaine de malades, atteints soit de variole, soit de scarlatine.

Dans la coqueluche, M. Kélaïditès a eu l'occasion de pratiquer chez douze petits malades des injections de sérum de chien immunisé. La dose de sérum a varié de 5 à 20 centimètres cubes, suivant l'âge de l'enfant. Après l'injection, notre confrère a constaté la disparition progressive des quintes de toux et ce n'est que rarement qu'il s'est vu obligé de répéter encore une ou deux fois l'injection, à un ou deux jours d'intervalle, pour obtenir la guérison complète. L'efficacité des injections s'est traduite aussitôt par un bien-être particulier, de la tendance au sommeil et une légère transpiration.

Les injections de sérum ont toujours été bien supportées par les malades de M. Kélaïditès et n'ont, en particulier, exercé aucune action nocive sur les reins. Elles étaient pratiquées au flanc suivant les règles de l'asepsie et en un point autant que possible indemne de toute éruption cutanée. Au cours du traitement sérothérapique notre confrère administrait quotidiennement aux varioleux deux bains tièdes boriqués (2 p. 100) de quelques minutes de durée. Il leur faisait prendre du lait, du bouillon et une potion légèrement alcoolisée. Dans la scarlatine il ordonnait des lavages fréquents de la gorge avec de l'eau boriquée à 5 p. 100.

Enfin, M. Kélaïditès a trouvé que les trois espèces de sérum dont il a été question jouissent de propriétés préventives manifestes. En effet, il n'aurait jamais vu survenir la variole, la scarlatine ou la coqueluche chez des

personnes auxquelles il avait injecté dans un but prophylactique 5 à 10 centimètres cubes de sérum immunisant. (*Semaine médicale*, 9 mars.)

TOXICITÉ DU SANG DE COBRA

MM. Phisalix et Bertrand communiquent à la Société de biologie leurs recherches à ce sujet. Ils ont montré précédemment que le sérum du sang de vipère inoculé au cobaye déterminait la mort avec des symptômes locaux et généraux très analogues à ceux que produit le venin : œdème hémorrhagique au point d'inoculation, nausées, vomissements, abaissement énorme de la température, parésie progressive aboutissant au collapsus, etc. Ils ont prouvé, en outre, que chez la couleuvre, le sang et les glandes labiales supérieures possèdent les mêmes propriétés. Ces résultats permettaient de penser qu'il en était de même chez les autres ophidiens. Depuis, M. Calmette a constaté que le sang du cobra et de quelques autres serpents venimeux avait aussi des propriétés toxiques; mais il a cru observer, à cette occasion, « que le pouvoir toxique du sang d'ophidiens est sensiblement le même quelle que soit l'espèce du serpent qui l'a fourni », et que « ce sang ne produit pas, chez les animaux auxquels on l'inocule, des effets semblables à ceux du venin ».

Ayant eu la bonne fortune de posséder quelques cobras vivants. Ils ont cru utile de reprendre l'étude du sang de ces animaux afin de vérifier si, par ses propriétés toxiques, ce sang faisait exception à la règle générale que nous avions déduite de nos expériences sur le crapaud, la vipère et la couleuvre. On sait que le sérum de vipère

ou de couleuvre, chauffé pendant quinze minutes à 58°, perd complètement ses propriétés toxiques. Celui de cobra, au contraire, traité de la même manière, conserve presque toute sa virulence.

Ainsi, non seulement il n'y a pas identité entre les sangs de tous les ophidiens, mais les différences qui les séparent sont du même ordre que celles qu'on observe entre les venins correspondants. Nous avons constaté, en effet, que le venin du cobra résiste beaucoup plus à l'action destructive de la chaleur que celui de la vipère.

Ce parallélisme entre les propriétés toxiques des sangs et des venins va beaucoup plus loin. Si on analyse les symptômes d'envenimation produits par le sang, on constate que la température s'abaisse si c'est du sang de vipère, qu'elle s'élève au contraire si c'est du sang de cobra ; que les troubles médullaires dominent dans le premier cas, tandis que dans le second c'est le bulbe qui est surtout atteint dès le début, d'où l'apparition successive des hoquets, des vomissements, de l'hypersécrétion nasale, salivaire, laryngotrachéale, enfin du cornage et de l'aphonie qui précèdent la mort.

MM. Phisalix et Bertrand peuvent donc maintenir leurs conclusions antérieures, à savoir que, chez les ophidiens comme chez le crapaud, il y a une relation intime entre les propriétés toxiques du sang et celles du venin.

M. Kaufmann fait remarquer que, lorsqu'on injecte à un cobaye du sang de vipère, on observe un abaissement de la pression artérielle absolument comme lorsqu'on lui injecte du venin du même animal. Ce fait vient à l'appui des expériences de MM. Phisalix et Bertrand, et il prouve que la toxicité du sang est absolument comparable à celle du venin. (*Semaine médicale* 29 juillet.)

BIBLIOGRAPHIE

DE LA NÉPHROLITHOTOMIE COMME TRAITEMENT DE LA LITHIASE RÉNALE, ET EN PARTICULIER DANS LES PETITS CALCULS DU REIN.— Dr EDM. PIEDVACHE, thèse de doctorat, par le Dr TESSIER.

Il y a quelques mois, nous avions la douleur de perdre un de nos meilleurs collègues. Le Dr Henri Piedvache, ancien médecin en chef de l'hôpital de Dinan, était rapiment enlevé à l'affection de sa famille et de ses amis. Sa mort laissait un vide considérable parmi nous. Aujourd'hui nous saluons avec la plus vive sympathie l'entrée dans nos rangs de son fils, le Dr Edmond Piedvache, qui vient de soutenir avec le plus grand succès, sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine.

Comprenant qu'aujourd'hui, grâce aux méthodes aseptiques, le médecin a de plus en plus recours à la chirurgie, se souvenant aussi que son père était à la fois aussi savant médecin, que chirurgien consommé, M. Edmond Piedvache a pris pour sujet de thèse la *Néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale.*

Il ne veut pas dire pour cela que le traitement médical doit être rejeté. Loin de là, il dit sagement :

« Le diagnostic du calcul étant certain, où commence le rôle du chirurgien ?

« Il est certainement difficile de fixer les limites au delà desquelles il n'y a plus aucun espoir à avoir dans le traitement médical ; en effet, tel malade qui après une cure aux eaux de Contrexeville, de Vittel, d'Evian, a été sou-

lagé, puis est repris de douleurs, expulse son calcul à sa seconde ou troisième saison d'eaux.

« En nous reportant aux observations que nous avons étudiées et qui ont donné lieu à une intervention chirurgicale, nous voyons que la néphrolithotomie a été pratiquée quand tous les traitements médicaux ont été épuisés : *le rôle de la chirurgie ne commence qu'aux limites de l'action médicale.*

« Mais quand un malade a depuis de longues années des crises douloureuses intenses, que ces crises ne font que se rapprocher de plus en plus, qu'elles sont plus aiguës, que les hématuries se répètent (et c'est surtout là la caractéristique des petits calculs), sans qu'aucun traitement médical ait enrayé cet état, le chirurgien doit intervenir et pratiquer la néphrolithotomie, car les lésions, qui à la longue peuvent se développer dans le rein, suffisent à démontrer l'utilité de l'intervention chirurgicale, avant l'apparition des accidents septiques. »

Nous souscrivons entièrement aux conclusions de M. Edmond Piedvache, tout en lui assurant que lorsqu'il aura vu les effets remarquables de nos médicaments, particulièrement du *pareira brava*, du *lycopode*, du *linaria cymballaria*, de l'*arsenic*, etc., etc., l'intervention chirurgicale sera bien moins souvent nécessaire que lorsqu'on se contente de quelques saisons d'eaux minérales.

Je ne veux pas insister sur le manuel opératoire, minutieusement et parfaitement décrit par notre jeune confrère, mais je ferai remarquer la bénégnité de l'opération qu'au premier abord on pourrait considérer comme dangereuse. Sur 19 observations contenues dans la thèse de M. Edmond Piedvache, il n'y a eu d'élévation de température que dans un seul cas.

Pendant un certain nombre de jours, vingt jours en moyenne, le malade doit être soumis au régime lacté absolu.

La quantité d'urine émise pendant les premiers jours qui suivent l'opération est variable : certains malades n'émettent pendant les quatre ou cinq premiers jours que 400, 500, 600 ou 700 grammes d'urine ; d'autres, au contraire, urinent abondamment, 3.000 ou 3.400 grammes, au cinquième et sixième jour.

La fonction se régularise généralement en huit ou dix jours.

Pendant les premiers jours, l'urine émise présente une teinte rosée plus ou moins accentuée, mais le sang disparaît vite de l'urine : d'après les observations de M. Edmond Piedvache, le sang disparaît complètement de l'urine entre le deuxième et le dixième jour.

Les fils de la plaie sont retirés au huitième ou neuvième jour, et la réunion est parfaite à ce moment si l'opération a été exécutée suivant les règles de l'antisepsie.

Du quinzième au vingtième jour, le malade peut être complètement rétabli.

En somme et pour conclure avec l'auteur de la thèse, on peut dire qu'aujourd'hui, grâce aux progrès merveilleux de la chirurgie aseptique, lorsqu'un malade atteint de calculs du rein, n'aura pu être guéri par les moyens médicaux, il y aura une ressource opératoire qui, entre des mains expérimentées, ne paraît pas offrir de danger sérieux. C'est une nouvelle conquête de la chirurgie sur la médecine.

Dr J.-P. TESSIER.

NÉCROLOGIE

MICHEL EMERY

L'homœopathie à Lyon vient de faire une grande perte par la mort du Dr Michel Emery.

Appelé à recueillir la lourde succession d'un grand nom médical, il avait été de tous points à la hauteur de la tâche. Une nombreuse clientèle lui était bientôt venue, attirée par ses grandes qualités médicales. Il possédait à un haut degré ce coup d'œil qui est un don naturel, le vrai don « artistique », si je puis m'exprimer ainsi, de notre profession.

Les malades du dispensaire de l'hôpital Saint-Luc se rappellent avec émotion l'inépuisable bonté dont il faisait preuve envers eux et les services de tous genres qu'il se plaisait à leur rendre; avec quelle anxiété ils m'interrogeaient sur des progrès de la maladie de leur « bon docteur », comme ils le désignaient, et quels regrets en apprenant cette fin prématurée.

Le chagrin causé par la perte d'êtres bien chers avait commencé à porter atteinte à sa santé. Toujours sur la brèche, et n'écoutant que son énergie, il ne voulut pas accepter un repos qui eût pu le rétablir.

Le Dr Michel Emery a laissé un vide profond parmi nous, et son nom restera parmi l'un des plus honorés d'une profession où il avait su conquérir même l'estime et la considération de ses confrères de la vieille école.

Dr D'ESPINEY.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1896

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LONDRES

Conformément au programme publié précédemment, le cinquième Congrès quinquennal d'homœopathie s'est réuni à Londres, du 4 au 8 août, sous la présidence du Dr DUDGEON, président d'honneur, et du Dr ALFRED POPE, président. C'est, croyons-nous, la plus nombreuse assemblée homœopathique qu'on ait eue en Europe, car elle comprenait 140 membres. Le Congrès tenu à Londres, en 1881, n'en comprenait que 120 ; celui de Paris, en 1878, 122. Les États-Unis et presque toutes les contrées de l'Europe étaient représentés et leurs représentants ont pris une part très active aux discussions. Voici la liste des membres du congrès :

ANGLETERRE

Drs	Harry Blackley	Londres
	Galley Blackley	—
	Bradshaw	—
	Burford	—
	Byres Moir	—
	Carfrae	—
	Chapman	—
	Clarke	—
	Cooper	—
	Spencer Cox	—

Drs	Dudgeon	Londres
	Dyce Brown	—
	Washington Epps	—
	Goldsbrough	—
	Süss Hahnemann	—
	Harper	—
	Edwin Hentley	—
	Jagielski	—
	Johnstone	—
	Knox Shaw	—
	Lambert	—
	Macnish	—
	Newbery	—
	Pullar	—
	Purdom	—
	Roberson Day	—
	Renner	—
	Sanders	—
	Smith	—
	Stonham	—
	Dudley Wright	—
	Alexander	Southsea.
	Arnold	Manchester.
	Percy Cox	—
	Barrow	Clifton.
	Bodman	Devizes.
	Burwood	Ealing.
	Pearson	—
	A. Clifton	Northampton.
	F. Clifton	Sheffield.
	G. Clifton	Leicester.
	Croucher	S. Leonards.

Drs	Daniels	Lee.
	Gibbs Blake	Birmingham.
	Gilbert	Reigate.
	Hall	Surbiton.
	G. D. Hayward	Liverpool.
	Hawkes	—
	Murray Moore	—
	Gordon Smith	—
	Hayward	Birkenhead.
	Proctor	—
	Hawkes	Ramsgate.
	R. Hughes	Brighton.
	Mc Greig	Wakefield.
	Mc Lachlan	Oxford.
	Madden	Bromley.
	Christ. Wolston	—
	Murray	Folkestone.
	H. Nankivell	Bournemouth.
	Ord	—
	F. Nankivell	Sydenham.
	Nicholson	Bristol.
	Alf. Pope	Grantham.
	Percy Capper	Tunbridge-Wells.
	Wild	—
	Reid	Watford.
	Roche	Norwich.
	Ramsbotham	Leeds.
	Cart Reed	Plymouth.
	Scriven	Dublin.
	Warman	Bath.
	Wolson	Wimbledon.
	Wolston	Edimbourg.

Etats-Unis.

Mme	Mary Hall Williams	Boston.
Drs	Krauss	—
	Emerson	—
	Hartley Lomelow	Chicago.
	Hoyne	—
	Rogers	—
Mmes	Alice Brown	—
	Cornelia Stettler	—
	Harriet Chapman	E. Cleveland.
	Harriet Symonds	—
Drs	Davey	New-York.
	King	—
	Kingsley	—
	Norton	—
	Shelton	—
	Belts	Philadelphie.
	Bushrod James	—
	Carmichael	—
	Theod. Gilten	—
	Walter Strong	—
	Bingaman	Pittsburg.
	Mc Clelland	—
	Edmundson	—
	Horner	—
	Marten	—
	Besnoer	Ithaca.
Mme	Flora Brewster	Baltimore.
Drs	Copeland	Ann. Arbor.
	Colgrave	Willimantic.
	Duffier	Huntsville.

Dr	Giles	Cannes.
	Jones	W. Chester.
	Perkins	Chester.
	Walt. Wesselhœft	Cambridge.
	G. Shaw	Plymouth.
	Nichols	Worcester.
	Dewel	Chittenango.
	Roberts	New-Rochelle.
	Polloch	Fort-Worth.
	Welbam	Augusta.

EUROPE.

M.	Bernay (pharm.)	Lyon.
	Bernay fils (étud.)	—
Drs	Cartier	Paris.
	Léon Simon	—
	Brazol	St-Pétersbourg.
	von Dittmann	—
	Dzewicki	Varsovie.
	Willemsen	—
	Mersch	Bruxelles.
	Nyssens	—
	Lambreghts fils	Anvers.
	Schepens	—
	Kranz Busch	Wiesbaden.
	Krœner	Postdam.
	A. von Villers	Dresde.
	van den Born	Amsterdam.
	Kœster	—
	Oscar Hansen	Copenhague
	Trochains	Athènes.
	Fagiani	Gênes.

Drs	Hagemark	Stockholm.
	Batault	Genève.

Le bureau a été constitué ainsi :

Président d'honneur :	Dr DUDGEON, de Londres.
Président :	ALFRED POPE, de Grantham.
Vice-président :	DYCE BROWN, de Londres.
Secrétaire perpétuel :	RICHARD HUGHES, de Brighton.
Secrétaires :	HAWKES, de Liverpool.
—	DUDLEY WRIGHT, de Londres.
Trésorier :	GALLEY BLACKLEY, de Londres.

Conformément à l'usage adopté dans les congrès précédents, l'assemblée a complété le bureau par la nomination de vice-présidents choisis parmi les confrères étrangers ; elle a élu les Drs BUSHROD-JAMES, de Philadelphie, MAC CLELLAND, de Pittsburg, ALEXANDRE DE VILLERS, de Dresde, et LÉON SIMON, de Paris.

Voici le compte-rendu abrégé des délibérations du Congrès. Nous nous contenterons de passer en revue les questions traitées, sans suivre pas à pas l'ordre et les incidents des séances.

ÉTAT DE L'HOMŒOPATHIE DANS LES DIVERSES CONTRÉES

Les travaux du Congrès ont débuté par un remarquable discours du président, le Dr POPE, discours qui devrait être traduit *in extenso*. Ensuite on s'est entretenu sur la situation de l'homœopathie dans les divers pays et les moyens de la faire progresser. Voici quelques chiffres empruntés aux divers mémoires écrits sur ce sujet : le Dr Cartier, appelé à traiter la question relativement à la France, a insisté avec raison sur ses hôpitaux, qui se sont agrandis et dont le rôle est par conséquent plus impor-

tant. En Danemark on compte 7 médecins homœopathes : en Hollande notre doctrine a fait des progrès considérables dans le monde des clients ; elle progresse plus lentement dans le monde médical. En Allemagne on compte 400 praticiens. En Angleterre nous avons recruté, dans ces trois dernières années, plusieurs adeptes précieux et l'hôpital homœopathique de Londres, rebâti de fond en comble, est devenu un hôpital modèle. Cependant l'hostilité de nos adversaires est encore très profonde dans la Grande-Bretagne, car le Dr Dudgeon a reçu dernièrement le prospectus d'une société de protection des médecins de province et il est stipulé, dans un article de statuts, que les homœopathes ne seront pas admis dans cette société. Aussi notre président d'honneur nous conseille de soutenir toujours énergiquement nos droits et de propager notre doctrine par des publications populaires. Les Drs Hayward et Clarke parlent dans le même sens.

L'Italie possède 50 médecins homœopathes, formant un corps uni et bien organisé. En Russie ils sont 50, en Suisse ils sont 20. Naturellement c'est aux États-Unis que la réforme d'Hahnemann fait les plus grands progrès. Les sociétés homœopathiques d'état et les sociétés locales sont très nombreuses, les collèges homœopathiques sont prospères et nous avons 71 hôpitaux. En Suède la situation est loin d'être aussi brillante. Après la mort de Liedbeck, à Stockholm, la Scandinavie est restée quelque temps sans médecin homœopathe. De plus, dit le Dr Dudgeon, on y confisque nos médicaments, de sorte qu'il est impossible d'y pratiquer ouvertement l'homœopathie. Cependant la présence d'un médecin suédois au Congrès prouve qu'on a pu tourner la difficulté et le Dr de Villers nous révèle ce détail inattendu qu'il y a à Stockholm un magasin de lin-

gerie dans lequel on peut se procurer des médicaments homœopathiques.

La question des meilleurs moyens de faire progresser l'homœopathie est assez compliquée et le Dr Brazol a dit avec beaucoup de raison qu'il ne peut pas exister un moyen de propagande commun à tous les pays. Ce qui est bon dans une contrée peut être mauvais dans une autre. Il conseille cependant d'exercer une pression sur les médecins par les laïques et il croit qu'un moyen efficace serait d'envoyer gratuitement à tous les médecins des ouvrages où l'homœopathie serait clairement exposée. Le plus optimiste est le Dr Mc Clelland : il déclare qu'aux États-Unis l'homœopathie se développe d'elle-même par la force invincible de ses succès. Il n'y a rien, dit-il, qui réussisse comme le succès (*there is nothing that succeeds like success*). Il rappelle que ceux qui ont le plus contribué au développement de l'homœopathie sont le Dr Talbot et, après lui, les deux Wesselhœft. Il rappelle aussi que ce sont les homœopathes qui ont pris l'initiative de porter la durée des études de trois à quatre ans et que plus tard les collèges allopathiques ont suivi leur exemple.

ÉRECTION D'UN MONUMENT SUR LA TOMBE D'HAHNEMANN.

Le Dr Brazol fait connaître au congrès l'état lamentable dans lequel se trouve la tombe d'Hahnemann (les lecteurs de l'*Art médical* sont renseignés sur ce point, car ils ont lu dans le dernier numéro une description de cette tombe par le Dr Cartier). Il propose que l'assemblée, pour fêter dignement le centenaire de l'homœopathie, entreprenne l'œuvre de rendre la place où reposent les restes d'Hahnemann un peu plus dignes de ce grand homme.

Le Dr Léon Simon répond que la Société française d'ho-

mœopathie s'est déjà préoccupée de la question et que son secrétaire général est en train de faire des démarches pour obtenir de la baronne de Bœnninghausen l'autorisation d'élever un tombeau convenable sur le caveau où repose Hahnemann. Les homœopathes français considèrent aussi l'accomplissement de cette œuvre comme la meilleure manière de célébrer le centenaire de l'homœopathie. Ils ont pensé que leur devoir était de prendre l'initiative, mais ils seront très heureux de voir leur œuvre devenir internationale et d'être secondés par le Congrès ainsi que par leurs confrères du monde entier.

Après ces observations le Congrès nomme une commission composée des Drs Brazol, président, Cartier, secrétaire, R. Hughes, Bushrod James et de Villers.

LA LITTÉRATURE HOMŒOPATHIQUE

Deux mémoires ont été présentés sur ce sujet, l'un par le Dr Dyce Brown, de Londres, et l'autre par le Dr Bradford, de Philadelphie.

Tous deux passent en revue les diverses sortes d'ouvrages homœopathiques publiés depuis Hahnemann jusqu'à nos jours. Tous deux rendent un éclatant hommage à la supériorité des œuvres de notre maître. « L'œuvre d'Hahnemann est si parfaite, dit le Dr Dyce Brown, qu'on ne « l'a guère améliorée, on y a seulement ajouté. » Tous deux rendent justice à son traité des maladies chroniques et sont heureux qu'on vienne d'en publier une seconde traduction anglaise. « Quand même nous n'aurions rien « produit depuis un an, dit le Dr Bradford, que la nou- « velle traduction des maladies chroniques d'Hahnemann, « nous aurions le droit d'être fiers. » Le Dr Dyce Brown donne une bonne classification des publications homœo-

patiques, qu'il divise en documentaires, didactiques, polémiques, de propagande et périodiques. Les didactiques sont subdivisées et comprennent celles qui ont pour point de départ la matière médicale et celles qui ont pour point de départ la pathologie. Il trouve que les œuvres polémiques ont encore leur raison d'être et qu'on ne devra les abandonner complètement que lorsque l'homœopathie sera pratiquée par la majorité des médecins, ce qui n'est qu'une question de temps. Il fait l'éloge de nos publications périodiques; dans tous les pays elles sont intéressantes et bien rédigées.

Le Dr Bradford constate avec satisfaction que « les collè-
« ges homœopathiques enseignent aujourd'hui autant de
« branches des sciences médicales, sinon plus, que les
« collèges allopathiques. Nos plus anciens traités ont cela
« de remarquable qu'ils ne sont pas devenus surannés ;
« ils sont aussi utiles aujourd'hui que le jour où ils ont
« été écrits et ils sont tout aussi recherchés qu'autrefois.
« Tandis qu'une matière médicale allopathique datant de
« 20 ans n'est plus qu'un fatras de drogues hors d'usage,
« nos premières matières médicales sont peut-être les
« meilleures que nous possédions ; elles se vendent bien
« et nous les feuilletons journellement. Cela tient à ce que
« l'allopathique n'est que le reflet des théories médicales
« du moment, tandis que les autres contiennent les
« déductions sérieuses, logiquement tirées d'une série de
« faits bien établis. » Il ajoute, non sans raison, que notre littérature est la seule dont on puisse dire que le temps et les progrès des sciences ne lui ont rien fait perdre de sa valeur.

Le Dr Bradford a contribué lui-même à enrichir notre littérature, car il a publié, l'année dernière, une biogra-

phie d'Hahnemann, avec un grand nombre de ses lettres.

Parmi les livres nouveaux dont il signale l'apparition nous croyons devoir citer le suivant, à cause de l'importance du sujet : « Un livre digne d'être noté est celui du « Dr Malcolm Macfarlane, intitulé *Expérimentations avec « de hautes dilutions* (*Provings with high dilutions*). Ces ex- « périmentations ont paru en 1892, 1893, 1894 dans « l'*Homœopathic physician* et ont été tirées à part. Les « expérimentateurs ne connaissaient pas les médicaments « qu'ils essayaient et les résultats obtenus ont été exposés « en peu de mots. Ce livre devient déjà rare. C'est une « protestation pratique d'un ancien médecin de la vieille « école contre le scepticisme qui prévaut chez quelques « adeptes de la nouvelle. »

Le Dr Bradford donne un bon conseil, celui de fonder des bibliothèques homœopathiques. Il en existe aux Etats-Unis et celle du collège Hahnemann, de Philadelphie, est la collection la plus complète qui existe de livres, brochures, journaux, etc., traitant d'homœopathie. Celles du collège homœopathique de New-York et de l'université de Boston sont aussi très riches. Enfin l'auteur a un projet immense et digne d'être encouragé, celui de publier une bibliographie homœopatique universelle, comprenant tout ce qui a été publié dans le monde entier depuis Hahnemann jusqu'à nos jours. Pour le moment il travaille à une compilation de toutes les expérimentations homœopathiques. Cette publication comprendra tous les essais originaux donnés par nos journaux, avec l'histoire des expérimentateurs et la biographie de tous les médecins homœopathes antérieurs à 1835.

Le Dr Léon Simon, appelé à ouvrir le débat, a d'abord constaté avec plaisir que le Dr Dyce Brown avait parlé avec

éloges des leçons de clinique du Dr P. Jousset. Il ajoute comme dignes d'être signalés, le *Traité des maladies des organes de la respiration*, de Chargé, et la *Monographie de l'aconit*, par le professeur Imbert-Gourbeyre. Dans toutes les branches de la littérature homœopathique on trouve des œuvres du Dr R. Hughes : dans l'ordre documentaire la *Cyclopœdia of drug pathogenesy*; dans l'ordre didactique, avec la matière médicale pour point de départ, le traité de l'action des médicaments homœopathiques, avec la pathologie pour point de départ, le manuel de thérapeutique. Ces deux derniers ouvrages ont été traduits dans notre langue et sont devenus classiques en France. Le Dr Léon Simon partage la manière de voir du Dr Dyce Brown, qui trouve que le manuel de thérapeutique est un peu trop succinct, mais que l'auteur est à tous égards l'homme qu'il faut pour compléter et perfectionner son œuvre lorsqu'il en aura le temps. Nous souhaitons au Dr R. Hughes une longue vie, dans laquelle il puisse trouver le temps nécessaire pour réaliser notre souhait.

L'idée du Dr Bradford de fonder des bibliothèques dont les livres puissent être communiqués au public est excellente. Elle a reçu en France un commencement d'exécution. Un homœopathe décédé il y a quelques années, Le Thière, a légué sa bibliothèque à l'hôpital Hahnemann. Cela a formé un noyau autour duquel on a groupé les œuvres des médecins de l'hôpital et les livres et les journaux échangés avec le journal la *Bibliothèque homœopathique*. Il se trouve ainsi qu'il y a plusieurs ouvrages d'Hahnemann, de Jahr et d'autres, dont nous possédons trois et quatre exemplaires. Nous sommes tout disposés à les céder et la chose a déjà été faite : plusieurs livres ont été vendus très bon marché et la somme a été versée dans la

caisse de l'hôpital. J'ai l'intention de faire dresser un catalogue de la bibliothèque de l'hôpital Hahnemann, afin de pouvoir prêter ses volumes à ceux qui le désireront ; nous réaliserons ainsi un véritable cabinet de lecture, qui pourra rendre des services.

Le Dr Bradford, en signalant les nouvelles traductions des œuvres d'Hahnemann par le Dr Dudgeon, rend à notre confrère un hommage mérité. De la sorte on peut dire qu'en Angleterre le nom de Dudgeon est inséparable de celui d'Hahnemann.

Le Dr Bradford a remarqué avec raison que les œuvres d'Hahnemann et celles des homœopathes en général ne deviennent pas démodées. Il y a une distinction à faire. Celles qui ont pour point de départ la matière médicale ne perdront rien de leur valeur avec le temps, mais celles qui ont pour point de départ la pathologie subiront nécessairement le sort des systèmes pathologiques sur lesquels elles se seront appuyées. Actuellement la pathologie repose sur la bactériologie, mais, comme la bactériologie est fausse sur bien des points, les écrits qu'elle inspire perdront leur actualité en même temps qu'elle.

En publiant la biographie d'Hahnemann et celles de ses premiers disciples, le Dr Bradford inaugure en quelque sorte une branche de notre littérature dont on s'est très peu occupé jusqu'à présent, la littérature historique. En France je ne connais guère que trois notices sur la vie d'Hahnemann et l'histoire de la doctrine homœopathique par Aug. Rapou. En Angleterre on possède la traduction de l'œuvre d'Ameke (l'Homœopathie et ses adversaires) ; l'auteur de cette traduction est le regretté Alfred Drysdale, dont les débuts avaient fait espérer qu'il fournirait une carrière aussi glorieuse que celle de son père. La lit-

térature historique a sans doute un intérêt sentimental plus qu'un intérêt pratique. Cependant c'est un devoir pour nous de nous rappeler ce qu'ont fait nos devanciers et surtout d'imiter les bons exemples qu'ils nous ont donnés.

La discussion qui a suivi a fait ressortir l'importance de la matière médicale; tout le monde a été d'accord pour déclarer que c'est elle que nous devons développer, perfectionner et étudier. Ainsi que l'a dit avec raison le Dr Smith, nous n'avons pas besoin d'écrire de traités de pathologie ni de bactériologie, car nous en trouvons d'excellents dans la littérature allopathique. Le Dr Hayward va même jusqu'à nous dissuader d'écrire des traités de thérapeutique, car ils peuvent avoir l'inconvénient de nous détourner de l'étude de la matière médicale, qui doit être pour nous la science maîtresse. Le Dr Proctor trouve que nos pathogénésies sont encore trop incomplètes, notamment en ce qui concerne l'albuminurie et la glycosurie. Il voudrait que dans les collèges homœopathiques, les étudiants ne pussent obtenir leur diplôme qu'après avoir fait sur eux-mêmes l'expérimentation d'un médicament. Le Dr Bushrod James répond à cela que les vieux journaux américains contiennent des pathogénésies très complètes et que Small a fait faire beaucoup d'expérimentations par des étudiants.

Ensuite la *Cyclopœdia of drug pathogenesy* a fait les frais de la discussion. Le Dr Dyce Brown avait déjà exprimé le regret que les symptômes cliniques en eussent été éliminés; le Dr Smith a ajouté celui que les auteurs eussent adopté comme limite extrême, la 6e dilution. Le Dr Kraft a reproché aux auteurs d'avoir éliminé les médicaments étudiés par Hahnemann et il a rappelé qu'il existe en

Amérique une société des hautes dilutions dont les travaux méritent d'être pris en considération. Il constate que la *Cyclopœdia* ne trouve pas en Amérique autant d'acheteurs qu'on aurait pu l'espérer, parce qu'elle n'est pas complète; elle ne nous donne pas les moyens d'employer convenablement la bryone, la pulsatile, etc., en résumé elle n'est pas le livre qu'il faut pour un médecin pressé.

Le Dr Hughes a vaillamment défendu son œuvre et, à ceux qui trouvent que la *Cyclopœdia* n'a pas satisfait tout le monde, il a répondu ceci : abstraction faite de l'opportunité de la forme schématique, je me demande comment tout le monde ne serait pas content de lire des récits d'expérimentations physiologiques de médicaments et des relations d'empoisonnement. La *Cyclopœdià* n'est pas autre chose. Il a ajouté que, conformément au désir du Dr Dyce Brown, il avait l'intention de refaire son manuel de thérapeutique. Mais il a objecté qu'il serait sobre de développements pathologiques, car ce n'est pas nécessaire dans un pays où l'on n'a pas de collège homœopathique et où, par conséquent, celui qui étudie l'homœopathie possède déjà les éléments de la pathologie et de toutes les sciences médicales autres que la matière médicale et la thérapeutique.

Le Dr Brazol nous a fait savoir que la Société homœopathique de Saint-Pétersbourg avait fondé un prix de 400 roubles, destiné à récompenser le meilleur ouvrage sur l'action des doses infinitésimales.

Enfin plusieurs orateurs, entre autres les Drs Proctor, Dittmann et Wesselhœft, ont fait une constatation peu flatteuse, mais exacte malheureusement, c'est que nous ne lisons pas assez et que nous sommes trop ignorants. Nous en savons quelque chose en France.

PREUVES RATIONNELLES DE L'HOMŒOPATHIE.

La discussion sur ce sujet a été soulevée par les trois mémoires suivants :

Un argument a priori en faveur de la loi des semblables, par le Dr Robert Walter, de Vernersville (Pensylvanie).

Quelques motifs de croire à l'homœopathie, par le Dr Walter Sand Mills, de Stamford (Connecticut).

L'homœopathie n'agit-elle que par suggestion? par le Dr van den Born, d'Amsterdam.

L'auteur de ce dernier mémoire a répondu péremptoirement à cette question en citant le cas d'une personne guérie par *Phosphor.* et que lui-même avait traitée préalablement, mais sans succès, par la suggestion et l'hypnotisme.

Le Dr Brazol déclare que la loi des semblables a des analogues dans les autres sciences, de sorte qu'on peut dire : *Similia similibus reguntur et aguntur.* Il approuve le Dr R. Walter qui a dit que le corps vivant ne subit pas passivement les influences extérieures. Il réagit au contraire contre ces influences, aussi les symptômes représentent, non la maladie elle-même, mais les moyens de réaction de notre organisme contre les causes de destruction. Le médecin doit encourager cette réaction et non la contrarier.

La discussion qui a suivi a porté principalement sur ce point, à savoir si la loi des semblables est ou non une loi de nature. Quant à nous, nous serions bien curieux de connaître une loi qui ne fût pas une loi de nature et nous sommes un peu de l'avis du Dr Wesselhœft, pour lequel ces considérations purement spéculatives n'ont pas grand intérêt, qui trouve qu'il est préférable de nous appliquer

à l'étude des faits et qu'une loi empirique est tout ce dont nous avons besoin.

Le Dr H. Nankivell trouve que c'est aller trop loin de dire que la loi des semblables est une loi de nature, c'est selon lui une loi de prescription. Le Dr Hughes est à peu près du même avis.

Le Dr de Villers cite le Dr Schlegel, de Tubingue, qui considère la loi des semblables comme un corollaire d'une loi plus générale. Pour le Dr Dzewitski elle se rattache à une loi de la nature, qui régit l'action des antidotes. Ainsi l'empoisonnement par la digitale est guéri par le strophantus, l'intoxication mercurielle par le chlorure d'or, etc.

Tout le monde est d'accord pour blâmer ceux qui ont cherché dans la physique, la chimie et la mécanique des preuves de la loi des semblables. Comme l'ont dit avec raison les Drs Goldsbrough et Proctor, la loi des semblables régit les phénomènes vitaux et non les phénomènes d'un autre ordre. Malheureusement la biologie n'est pas encore très avancée. Peut-on trouver une loi générale qui préside à tous les phénomènes biologiques? Oui, dit le Dr Goldsbrough, c'est l'instinct de conservation. La vie tend à s'accroître par la dépense de son énergie. Comment rattacher la loi des semblables à cette loi générale ? Nous ne le pouvons pas présentement.

Le Dr H. Nankivell a objecté au Dr Brazol que la loi d'action et de réaction peut expliquer toutes les méthodes thérapeutiques. Ainsi voici un fait intéressant qui repose sur la réaction : on rend de la force à un cœur malade par un exercice corporel de courte durée, suivi d'un temps de repos suffisant; les bains journaliers ont aussi une action favorable.

Enfin pour le Dr Ord les symptômes sont la traduction d'un trouble fonctionnel; c'est ce trouble fonctionnel que nous devons chercher et auquel nous devons remédier. Le meilleur moyen d'y remédier est de bien individualiser le traitement.

Dr Léon Simon.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE

DES FORTIFIANTS EN HOMŒOPATHIE

Régulièrement parlant, l'expression dont je me sers pour titre de ce travail est impropre au point de vue de notre école. L'homœopathie, médecine des symptômes par excellence, soigne en recherchant dans les effets toxiques d'un médicament l'analogue des symptômes de la maladie. Nous devons traiter d'après les symptômes; telle est la loi fondamentale de la doctrine homœopathique. Il n'existerait donc pas de fortifiants dans le vrai sens du mot.

Pourtant, je prends un exemple bien simple et bien fréquent. Une personne a eu la grippe, et à la suite de cette grippe complètement terminée, elle ne peut pas se remettre. Elle n'a plus de symptômes, plus de fièvre, plus de toux, plus de courbature; seulement elle est fatiguée, sans courage, sans appétit. Nous avons eu tous de nombreux exemples de ce genre après une épidémie d'influenza. Vous ne pouvez pas traiter d'après les symptômes, elle n'a que de la fatigue!

Avons-nous donc des fortifiants en homœopathie! Oui,

nous en avons. Consultez les travaux de Hahnemann, ouvrez la matière médicale, et vous verrez des médicaments indiqués pour la convalescence des maladies. Traiter après la cessation d'une maladie, après la disparition des phénomènes morbides avec des remèdes, c'est donner des fortifiants.

Je dirai plus : en prolongeant une maladie incurable, en donnant à l'organisme un peu de résistance pour lutter contre son ennemi, nous avons encore là dans notre remède un fortifiant.

Ayant l'intention d'indiquer plusieurs remèdes capables de tonifier l'organisme, je diviserai mon sujet d'après les causes provoquant son affaiblissement.

I. — Suites des maladies infectieuses ou aigues.

En premier lieu, je citerai la grippe. Peu de maladies laissent après elles un état de dépression physique et mental aussi marqué. C'est l'inverse de la fièvre typhoïde ; tandis qu'après la dothiénentérie, le malade crie la faim et dévore, mange trop même, au contraire, après la grippe, le malade ne se remet pas, ne reprend pas de force, et mange sans appétit. C'est que le poison grippal a une action très grande sur le système nerveux, dont il diminue la vitalité.

Bien des remèdes ont été proposés contre l'anorexie post-grippale ; beaucoup sont insuffisants, et l'on arrive finalement à conseiller le changement d'air. Il est un remède cependant qui m'a donné de bons résultats et qui est peu employé : c'est l'avoine, *avena sativa*. M. le Dr Herrmann me l'avait indiqué, et je dois dire que je suis parvenu à faire manger des personnes qui avaient un dégoût complet pour la nourriture après l'influenza.

L'avoine est un aliment très nourrissant, les anglo-américains en font une grande consommation sous le nom de oat-meal ; supprimez-la de la nourriture du cheval, il ne fera son service qu'à coups de fouet. Ce qui peut faire rire la critique, c'est qu'une dilution homœopathique soit un fortifiant ! la chose est réelle cependant ; les petites doses agissent souvent même plus énergiquement que les fortes. Le Dr Gonnard a envoyé il y a quelques années au *North American Journal of Homœopathy*, quelques guérisons de rhumatisme par le salicylate de soude à petites doses, et j'ai moi-même constaté qu'une quantité quarante fois moindre que la dose ordinaire de 4 grammes avait une action manifeste sur le rhumatisme. L'avoine agit aussi à doses infinitésimales. J'emploie le plus souvent la troisième centésimale en globules.

« Avena sativa, dit le Dr H. E. Russell, de New-York, dans le numéro d'octobre 1895 de *L'Homœopathic News*, est un anti-neurotique avant tout, calmant le système nerveux à un degré remarquable. Sa sphère d'action spéciale semble être sur les organes sexuels mâles. C'est le plus étonnant remède dans tous les cas de dépression nerveuse, débilité générale, palpitations nerveuses du cœur, insomnie, impossibilité de fixer son esprit sur un sujet, etc. »

J'insiste particulièrement sur l'action d'avena pour combattre le défaut complet de la nourriture après une maladie grave, telle que la grippe, la pneumonie, etc. J'ignore si avena peut être efficace dans l'anorexie hystérique ou neurasthénique.

Dans sa matière médicale, Farrington indique plusieurs remèdes pour ce qu'il appelle « defective reaction ». *Laurocerasus* dans les affections de la poitrine, surtout dans

les maladies du poumon qui ne répondent pas au traitement. *Valeriana* et *ambra grisea* pour les maladies nerveuses, et *carbo vegetabilis* surtout dans les affections abdominales et dans le collapsus qui est marqué par une respiration froide, des genoux froids. *Sulfur* est également indiqué dans la réaction lente, de même qu'il est souvent utile dans les maladies dont le diagnostic semble inconnu. Lorsque l'économie refuse de répondre à un remède bien indiqué, quelle que soit la maladie, que ce soit un état qui corresponde à sulfur ou non, ce sera souvent le médicament indiqué pour éclaircir le cas, amener la réaction, guérir lui-même, ou tout au moins faciliter la voie pour un autre remède qui guérira. *Cuprum* a également un grand effet sur la prostration et le manque de réaction, à la suite du surmenage physique et intellectuel. *Capsicum* chez les individus gras, mous, à fibres lâches et *psorinum* dans les cas bien marqués de scrofule ou de psore, *opium* s'il y a assoupissement ou stupeur.

Quelquefois, dit Farrington, après des maladies aiguës ou violentes, on trouve le malade extrêmement prostré. Par exemple, après la fièvre typhoïde, le patient a l'esprit déprimé, le corps faible ; il perd l'espoir de guérir, et cependant il ne reste pas de lésions organiques. Le réveil est accompagné de sueurs abondantes. Dans de tels cas, *psorinum* est votre remède. (J'ajouterai si l'individu a une constitution lymphatique ou scrofuleuse.)

On peut également penser à *china* ou cinchona pour l'épuisement rapide consécutif aux maladies aiguës, lorsqu'il y a eu pertes de sang, diarrhées abondantes ou sueurs profuses.

II. — Suite ou conséquence de maladies chroniques.

La débilité est la conséquence fatale des maladies chroniques,

Toute suppuration prolongée amène graduellement la cachexie, de même que la cachexie favorise les suppurations prolongées. On voit trop souvent dans les salles de chirurgie les phlegmons ou les suppurations se prolonger sous l'influence de la vieillesse ou de la débilité. C'est là où il faut employer l'expression anglaise de « defective reaction ». J'indiquerai quelques remèdes qui me paraissent très utiles.

Un des meilleurs médicaments pour la cachexie, à la suite de suppuration due à la diathèse scrofuleuse, est le *psorinum*. La scrofule étant une maladie du jeune âge, il est donc surtout indiqué chez les enfants et les adultes, rarement chez le vieillard. Quelle transformation on peut quelquefois amener chez un petit scrofuleux miné par des suppurations prolongées avec psorinum ! Outre l'action manifeste du médicament pour diminuer les suppurations (suppurations des glandes, du tissu cellulaire, écoulement scrofuleux des oreilles), psorinum active les combustions, augmente l'appétit, engraisse le malade, transforme un peu, en un mot, cette diathèse scrofuleuse. Je me rappelle un jeune ouvrier, scrofuleux au dernier point, que sa mère amena à ma clinique de l'hôpital Saint-Jacques. Pâle, amaigri, le cou seul était resté volumineux par un chapelet glandulaire qui suppurait par huit ou dix pertuis. Les glandes étaient tellement hypertrophiées que les mouvements du cou étaient devenus impossibles. Psorinum 30e pendant des mois, finit par faire cesser presque complètement les suppurations, les mouvements

du cou furent plus faciles et la figure pâle de l'enfant prit bientôt une teinte de fraîcheur que tout le monde remarqua.

Psorinum appartient à la classe des remèdes isopathiques. Constantin Hering l'a préparé en faisant une teinture avec le pus de pustules arrivées à maturité sur les mains d'un nègre sain, atteint probablement de gala (renseignement tiré du *Handbook of materia medica* de Allen).

A côté de psorinum, pour l'épuisement consécutif à la scrofule ou les suppurations prolongées, je placerai *silicea*, ayant une action élective sur le tissu cellulaire, les trajets fistuleux, les fistules à l'anus, etc., *aurum* et *calcarea fluorica* pour les suppurations osseuses, ostéites tuberculeuses, et plus particulièrement *calcarea fluorica* pour les fistules dentaires et le spina ventosa. *Capsicum* est un médicament remarquable dans certains cas de suppuration de l'oreille, abcès de l'apophyse mastoïde, et otite moyenne à la suite d'une grippe ou d'une maladie infectieuse. *Phosphorus* tonifiera toujours les gens âgés, atteints de suppuration prolongée, ou d'une débilité quelconque, s'ils ont la sensation caractéristique de râpe ou de brûlure depuis la bouche jusqu'à l'estomac, la langue rouge, lisse, avec absence de papilles.

Dans la cachexie cancéreuse ou sénile, j'ai apporté quelque soulagement avec *coca* en dilutions homœopathiques, soulagements très transitoires, je dois l'avouer, mais qui ont permis, néanmoins, d'attirer mon attention sur ce remède, même en dilutions, comme tonique passager. L'*acide fluorique* ressemble à la coca; il aurait même une action plus persistante que la plante des Andes. Il amène une augmentation du pouvoir de résis-

tance musculaire. Sous son influence, une personne est capable de soutenir plus d'efforts musculaires qu'elle ne peut le faire d'ordinaire. De plus, *fluoris acidum* permettrait de supporter plus facilement les températures extrêmes, le froid de l'hiver et la chaleur de l'été ; cette drogue est donc un tonique et donne une vigueur générale.

J'ai remarqué une action déjà connue de cet acide chez une personne âgée ; les cheveux, qui étaient rares, devinrent plus fournis et plus durs, mais l'acide fluorique constipe parfois et l'on est obligé de le cesser.

Rhus tox et *arnica* sont d'autres analogues de *fluoris acidum* pour supporter la fatigue musculaire ; *arsenic* aussi quelquefois. *Arnica* a une action très marquée sur les muscles, et, notamment, sur le muscle cardiaque. Dans le cas de surmenage cardiaque, ce qui devient fréquent maintenant sous le règne de la bicyclette, on doit songer à *arnica*.

Puisque nous parlons des fatigues musculaires, nous dirons un mot des débilités professionnelles. Grauvogl accordait une grande action à *natrum sulphuricum* 30ᵉ pour tous les gens vivant dans des caves, sous-sols ou casernements, pour les plombiers, peintres, imprimeurs, laveurs, restaurateurs, coiffeurs, pour tous ceux enfin qui dans les larges cités ont leurs affaires dans les sous-sols. Proell indique *carduus marianus* dans l'anémie et les malaises gastro-intestinaux des mineurs et de ceux qui percent les tunnels.

L'insuffisance d'air et de soleil est un des facteurs les plus importants dans la pathogénie de la chlorose. La médication martiale consiste à redonner au sang le fer qu'il a perdu. Le fer n'a jamais guéri la chlorose ; par la voie

digestive il apporte au sang un élément qui lui manque, et voilà tout. Nous sommes parfois obligés nous-mêmes de donner du fer dans la chlorose quand nos médicaments ne peuvent pas modifier le principe de la maladie. Mais, si parfois j'ai échoué personnellement dans la guérison de la chlorose avec nos remèdes, d'autres fois, aussi j'ai pu guérir l'anémie sans fer. C'est avec *hélonias dioïca* que j'ai le plus souvent réussi. Bien qu'hélonias soit surtout un médicament utérin, et que je me réserve d'en parler en traitant les toniques utérins, je ferai remarquer que la chlorose s'observe presque toujours pendant la vie menstruelle; précédant ou accompagnant la période de la formation, elle est presque inconnue en tant que maladie idiopathique après l'âge de retour. Qu'une chlorotique n'ait donc pas de troubles utérins en apparence, peu importe ; il n'en est pas moins vrai que sa maladie est contemporaine de la vie active de sa matrice.

Voici du reste quelques notes sur l'action physiologique de la plante, tirées de la matière médicale de Cowperthwhite : Hélonias agit sur la formation du sang, amenant une anémie et un effet de désorganisation d'où son application dans l'anémie et la chlorose. Richard Hughes, dans son excellent manuel de « pharmacodynamics » relate les expériences du Dr Jones sur lui-même en faisant remarquer la fatigue extrême et la dépression qui survinrent chez l'expérimentateur à la quatrième et cinquième semaine de l'expérience. Le Dr R. Hughes guérit un cas typique de chlorose, grâce à ce médicament avec une rapidité considérable:

Les indications principales d'hélonias sont extrêmement nettes ; fatigue générale, anémie, maux de reins et mal dans les jambes, anorexie, troubles utérins et leucor-

rhée. En augmentant l'appétit et les forces des anémiques, on stimule l'activité de la circulation du sang, les échanges respiratoires se font mieux et le sang se régénère plus facilement, mais c'est surtout chez les femmes atteintes de leucorrhée que l'action d'hélonias est tout-à-fait caractéristique.

Je prescris hélonias surtout pour les femmes grosses et molles, ayant plus de graisse que de muscles, plus disposées à s'étendre sur un canapé qu'à s'asseoir sur une chaise ; malgré leur vie molle, elles sont toujours fatiguées ; elles ont mal aux reins, les jambes lourdes, elles ne peuvent pas lever leurs bras ; elles ont des pertes blanches et ont le sentiment de leur matrice en toussant ou en marchant, aussi elles croisent constamment les jambes pour trouver un soulagement. Comme corollaire de la mollesse corporelle, elles ont un tempérament irritable. Telle est le type de la femme à laquelle convient hélonias.

D'autres remèdes sont indiqués comme toniques utérins, mais ils se rapportent plus aux symptômes utérins eux-mêmes, qu'à la constitution générale. *Sepia* est un de nos plus grands remèdes des pertes blanches, avec sensation de vide à l'estomac et mal de tête oculaire ; *lilium tigrinum* très analogue à hélonias et à sepia ; *aletris farinosa* (troubles utérins et constipation) ; *pulsatilla* (avec aménorrhée), *cyclamen* ; *senecio aureus* ; *hydrastis canadensis* ; *calcarea carbonica* (avec règles trop fréquentes et trop copieuses chez les jeunes filles), etc.

Hélonias est encore indiquée dans nos livres pour l'albuminurie et le diabète. Je n'ai jamais vu que cette drogue pour laquelle j'ai une admiration réelle, ait en quoi que ce soit diminué l'albumine ou le sucre dans les urines.

Je lui accorde encore l'action tonique qu'elle possède pour ces deux maladies, mais elle ne me paraît pas agir sur le processus morbide. Puisque je traite spécialement de la fatigue résultant de maladies chroniques, il est bon de dire que le régime lacté prolongé dans l'albuminurie est une cause de déperdition des forces. Une thèse intéressante, suggérée par Talamon, a été soutenue à la Faculté de médecine sur l'anémie lactée. Les centigrammes ou quelques grammes d'albumine qu'un individu perd dans les vingt-quatre heures, ne sont pas une cause d'affaiblissement ; l'albuminurique ne commence à décliner que lorsqu'il s'empoisonne par les dérivés toxiques de l'albumine et par les lésions organiques qui se produisent.

Il en est de même du diabète, qui ne devient réellement dangereux que par les dérivés acides du sucre, qui nécrosent les cellules organiques et donnent lieu à l'intoxication acide qui amène le coma diabétique. C'est un des points que j'ai soutenu dans ma thèse de doctorat, intitulée « Glycosuries toxiques et en particulier intoxication par le nitrate d'urane ». Mais le diabète est une maladie affaiblissante par elle-même ; la fatigue et la déchéance des facultés génitales sont des symptômes fréquents dans la production du sucre. Contre la fatigue du diabétique, il est de toute nécessité de diminuer la quantité de sucre émise ; les forces augmentent le plus souvent à mesure que la quantité de sucre diminue, sauf à la période ultime du diabète, où les urines peuvent cesser d'avoir une réaction. Le *suc pancréatique* en diminuant la quantité de sucre dans les cas où il agit, amènera une vigueur que les diabétiques ne manqueront pas de signaler ; sous ce rapport, il mérite d'être recommandé. Franks-Kraft, dans un article sur la « fatigue » indique l'*acide lactique*. « Aci-

dum lacticum, dit-il, a un symptôme prononcé de fatigue, comme si l'on était anéanti de partout, comme si on avait fait des lieues, ou que l'on ait du plomb dans les jambes. Au bout d'un moment on ne tient debout qu'avec difficulté. L'individu a souvent des chances d'être porteur d'un diabète sous une forme quelconque. »

III. — Suites de pertes de l'économie.

Les pertes de sang profuses ou répétées sont un des facteurs importants de l'anémie chronique. La femme régénère bien plus facilement son sang que l'homme ; c'est là une loi physiologique qui lui permet de supporter les hémorrhagies à la suite des règles ou des accouchements. Un homme qui a perdu une grande quantité de sang est un anémique et un fatigué pour un long temps. Hahnemann, avec son génie de précision dans la vertu de chaque médicament, insiste sur la propriété spéciale du quinquina pour réparer les pertes de sang ou les pertes d'autres liquides de l'économie. C'est la véritable caractéristique de notre china en dilution homœopathique. Chez la femme, il a une action régulatrice sur les règles profuses et prépare l'état normal des époques, lorsqu'on le donne dans leurs intervalles.

La spermatorrhée sert à vendre une quantité de petits bouquins à l'usage de la jeunesse curieuse, qui s'en sert comme livre de plaisir encore plus que comme livre d'utilité. La véritable spermatorrhée est plus rare qu'on ne le pense. Bon nombre de nerveux se figurent qu'ils émettent du sperme dans les urines lorsqu'elles contiennent des flocons de mucus épithélial. Un jeune homme ou un adulte qui, en rêvant, ou en dormant, a une perte séminale normale avec érection, n'est pas spermatorrhéique.

Ce rêve doit lui être provoqué par une réplétion de ses vésicules séminales. Un individu qui, à la suite d'une érection, ou à la suite de la défécation laisse échapper du liquide prostatique, n'est pas également un spermatorrhéique. Le véritable spermatorrhéique est l'individu qui, à froid et sans érection, laisse échapper la liqueur séminale avec une fréquence alarmante. Celui-là est un réel débilité, et il convient de lui tonifier ses organes. L'homœopathie est assez heureuse dans ces cas là, si l'individu qu'elle traite n'est pas un vicieux et consente à aider les remèdes en s'observant résolument. *Agnus castus* a une action marquée sur la spermatorrhée sans érection et sans désir ; la drogue fortifiera ces débilités sexuels. Mais lorsqu'il y a fatigue après avoir largement consacré à Venus, et irritabilité sexuelle consécutive, *selenium* me semble préférable. Dans les pertes séminales des jeunes gens avec érection, le Dr Gonnard a emplové *origanum* avec succès. Enfin le Dr Gallavardin l'indique comme très efficace contre la masturbation et contre la passion génitale trop violente. (Traitement médical de la passion génitale, 1896.)

La fatigue dans la croissance mériterait qu'on s'y arrête longuement. C'est triste de voir ces pauvres petits êtres se traîner péniblement à mesure qu'on leur allonge leurs culottes ou leurs jupons. Je crois qu'il n'y a encore rien de tel que *les calcarea* pour les enfants qui grandissent, notamment le *calcarea hypophosphite* qu'on donne en trituration à la 6e, par exemple, une heure avant les repas. Si ce sont de très jeunes enfants, fatigués à la suite de dentition ou de diarrhée, le *calcarea carbonica* est préférable. S'il y a un terrain strumeux ou scrofuleux, *calcarea iodata* est alors indiqué ; mais pour la vraie croissance osseuse, rien ne vaut, je le pense, le calcarea phos-

phorica ou hypophosphite. Le Dr Teste, qui a bien voulu écrire dans mon Annuaire une préface au chapitre de pédiatrie, l'a consacrée aux troubles de la croissance. Il indique *opium* 6e pour cette forme de croissance qui se caractérise par une fatigue générale, des douleurs articulaires, de la fièvre, et un état de dépression qui font craindre un commencement de fièvre typhoïde ou de méningite. Opium doit être donné pendant des semaines et des mois.

IV. — Débilité nerveuse.

C'est la plus intraitable et la plus fréquente de toutes les débilités. Avec l'existence moderne, le surmenage, les inquiétudes, les grandes joies et les grandes douleurs, on s'use le tempérament, et la débilité nerveuse augmente dans des proportions inquiétantes. Le plus souvent elle se traduit par de l'excitation; les excitables sont des anémiques des centres nerveux. Aussi les névrosés et les neurasthéniques ont-ils besoin de repos et de médication tonique.

La débilité cérébrale est différente de la débilité mentale. D'aucuns peuvent présenter des symptômes d'anémie cérébrale sans divaguer ni devenir fous. Ceux qui ont trop pensé ou trop vécu ont le cerveau fatigué ; ils ont un sommeil irrésistible, la tête vide ; la mémoire se perd, le travail cérébral les fatigue ; ils ont des serrements de tête lorsqu'ils appliquent leur attention, et sont pris quelquefois de vertiges. Les vieillards ont fréquemment cette tendance à la fatigue du cerveau, et les adultes la ressentent aussi lorsqu'ils sont déprimés.

L'*acide picrique*, dans sa pathogénésie, cause d'abord une congestion, suivie bientôt après par une lourdeur et

une paresse mentale; l'indifférence, l'absence de volonté et le besoin de rester couché sont caractéristiques. L'autopsie des animaux empoisonnés montre le cerveau, le cervelet et la moelle, réduits en une masse molle et pulpeuse, d'aspect brunâtre, et chargée de particules grises un peu brillantes. Les urines sont riches en phosphates et en acide urique, pauvres en sulfates. Pour le surmenage et la fatigue cérébrale, l'acide picrique est un de nos meilleurs remèdes. D'autres acides ont une action analogue : l'*acide phosphorique* est indiqué dans l'épuisement cérébral par suractivité; l'*acide oxalique* cause un engourdissement général au lieu que l'*acide picrique* donnerait plutôt de la lourdeur. En général l'intoxication par les acides donne plus ou moins des symptômes de torpeur, d'où leur homœopathicité dans les cas de fatigue ou de lassitude nerveuse.

Phosphorus a l'irritabilité nerveuse en même temps que la faiblesse ; il y a hypersensibilité aux impressions extérieures.

Nux vomica est le grand remède des agités, de ceux qui se sont fatigués le cerveau et l'estomac par le surmenage.

Sulphur, *zinc*, *silicea* doivent être également consultés.

J'ai donné *ambra grisea* plusieurs fois avec succès dans les cas d'insomnie nerveuse. Il est bon de pouvoir opposer au chloral, au bromidia ou au sulphonal des remèdes homœopathiques, d'autant plus que les nerveux qui ne dorment pas s'intoxiquent avec ces substances comme les morphinomanes avec la morphine. Je prescris le plus souvent la troisième trituration. L'action de l'ambre gris sur le cerveau est utile soit dans la période d'excitabilité soit dans la période de dépression. Ambra est indiqué dans l'insomnie neurasthénique pure ou dans

l'insomnie par tourment d'esprit. Il peut y avoir excitabilité et hyperesthésie. Au contraire, on peut également conseiller ambra dans la faiblesse du système nerveux, dans le ramollissement cérébral sénile ou non, la perte de mémoire, la parole embarrassée, l'impossibilité de parler vite ou de faire un mouvement vif.

Il est un symptôme fréquent d'anémie cérébrale qui se caractérise par le vertige. Cet état peut provenir soit d'une congestion soit d'une anémie cérébrale, mais, de nos jours, le vertige par anémie cérébrale, ou circulation cérébrale incomplète, est bien plus fréquent que par congestion (vertige des pléthoriques). Entre 50 et 65 ans, les hommes sont fréquemment atteints de vertiges; il se forme un travail d'artério-sclérose des artères du cerveau, ils ont une circulation cérébrale incomplète, et ont un vertige plus ou moins continuel, comme s'ils étaient ivres. C'est au point que quelques-uns redoutent de traverser une rue fréquentée. Les femmes anémiques ont la même variété de vertiges et ressentent une sensation identique à l'ivresse. Dans ces cas-là j'ai trouvé le *rhus toxicodendron* extrêmement efficace, réservant à *nicotiana* la préférence lorsque ce trouble se manifeste surtout dans la position horizontale, dans le lit par exemple. « Rhus toxicodendron, dit le Dr John Henning, est le meilleur stimulant du cerveau et des nerfs, et le meilleur tonique de notre matière médicale. La plus importante indication est le tremblement de la langue, avec saillie des papilles au sommet et aux bords. » J'ai obtenu également des améliorations, peut-être des guérisons dans le vertige stomacal avec rhus.

Les névroses, qui, jusqu'à présent, sont des maladies *sine materia*, ne seraient-elles pas engendrées par une

fatigue des centres nerveux! Les hystériques peuvent ne pas être faibles, je l'avoue, mais les neurasthéniques, sont des déprimés. Quelle lutte pour guérir les neurasthéniques ou plutôt pour ne pas les guérir. J'ai rarement vu les médicaments agir avec aussi peu de succès! J'ai essayé bien des remèdes, j'ai lu autant que j'ai pu lire; je n'ai trouvé aucun système qui me satisfasse dans les cas de neurasthénie invétérée et tels que nous les voyons, nous autres homœopathes, après que tout l'arsenal allopathique y a passé. Farrington vante l'acide picrique. Jousset, Hughes, Selden Talcott, le plus grand spécialiste d'Amérique pour les maladies nerveuses, indiquent des remèdes, je les ai essayés, aucun ne me satisfait réellement. Contre l'anorexie des neurasthéniques, je ne connais aucun remède qui mérite attention dans les deux Ecoles, même pas le glycéro-phosphate dont on fait une réclame monstre, les injections de sérum artificiel, ou les courants continus, etc.; je ne connais qu'un moyen pour guérir l'absence d'appétit et d'améliorer les neurasthéniques, ce moyen n'appartient ni à l'allopathie ni à l'homœopathie, mais à la nature, c'est l'air des altitudes. J'ai soigné un cas typique de neurasthénie, qui avait vu successivement plusieurs médecins homœopathes, qui avait essayé tous les systèmes allopathiques, même en dernier lieu le séjour prolongé au lit, et qui s'est améliorée par une cure d'air en Suisse, en hiver au milieu des neiges. Je ne puis dire qu'améliorée car, malgré ma recommandation, elle n'y est pas restée assez longtemps. Sur les montagnes, elle mangeait avec appétit, elle engraissait, n'avait plus de brûlures, plus de points dans le dos; il s'était fait un changement considérable dans sa nature. Le malheur est que lorsque les neurasthéniques ne respirent plus cet air

léger, et redescendent dans la plaine, ils ressentent immédiatement la lourdeur de l'atmosphère et déclinent de nouveau. Ils devraient vivre sur une altitude au moins six mois et, à leur retour, faire un court séjour à mi-côte de façon à ne pas subir brusquement le changement d'air.

A côté des déprimés qu'on appelle les neurasthéniques, on pourrait mettre les intoxiqués, les morphinomanes, cocaïnomanes, etc. Ce sont des gens dont le système nerveux est anéanti, et qui ne vivent que par l'excitation factice du poison qu'ils s'injectent. Ce qu'il y a de plus lamentable chez eux, c'est qu'ils leur manque la volonté. Un morphinomane ou un cocaïnomane est un être sans volonté ; après une crise épouvantable due à son habitude misérable, il jurera qu'il ne veut plus se piquer et, quinze jours après, il recommencera. La morphine le domine comme un hypnotiseur domine son sujet. Contre l'abus de la morphine, nous avons un médicament qui peut guérir un morphinomane, s'il lui reste un peu de volonté, c'est l'*avena sativa*, dont j'ai parlé déjà à propos de l'anorexie grippale ; il faut le donner par gouttes de teinture-mère, de 15 à 30 gouttes par jour, et beaucoup plus si le sujet s'habitue aux doses. Une dose de 120 gouttes par jour a été donnée à un morphinomane dans un cas cité dans l'*Homœopathic Recorder*, 1891. Le Dr Russell parle également de l'efficacité d'avena contre la morphinomanie dans l'*Homœopathic news* (octobre 1895).

La fatigue médullaire peut provenir d'excès sexuels, ou de myélites ; elle doit donc être traitée suivant la cause. Cependant il est une certaine catégorie de personnes qui ont les reins faibles, suivant leurs expres-

sions, et qui ne deviennent plus tard ni paralytiques ni ataxiques. Le *sulfate de strychnine* est le meilleur stimulant du système nerveux ; il peut être donné à la troisième trituration décimale sans danger. L'on peut consulter également les symptômes de *naja*, *nux-vomica*, *kalmia latifolia* (surtout s'il y a des lancées dans les jambes), *dioscorea*, etc.

L'anémie cardiaque ou cœur faible est chose bien fréquente; et certaines personnes sont affligées de syncopes fréquentes. *Moschus* est le meilleur remède des syncopes, *moschus* est le meilleur médicament des palpitations nerveuses anémiques ou hystériques, *moschus* est le médicament qui soutiendra le cœur dans les états de collapsus, dans les états infectieux, fièvre typhoïde ou autres, dans la fatigue cardiaque due aux affections pulmonaires, pneumonie, broncho-pneumonie, catarrhe suffocant, etc. La troisième trituration centésimale me paraît suffisante ; elle amène même quelquefois un peu de mal de cœur. *Aconit* est un tonique du cœur moins prompt, mais peut-être d'une action plus durable. Il améliore beaucoup pendant un temps variable la fatigue du cœur dans les affections valvulaires. *Arnica* et *rhus* seront indiqués dans les cas de cœur forcé.

Le système vasculaire, les veines surtout, peut être plus ou moins affaibli. Les varices sont la conséquence d'un état de paresse de la tunique veineuse. D'ailleurs la diathèse variqueuse existe chez certains sujets, et tel individu a en alternance soit des accidents variqueux soit des hémorrhoïdes soit du varicocèle, etc. L'*hamamelis* a été reconnue par les deux écoles comme un tonique veineux ; on a même beaucoup trop exagéré son importance ; on en fait aux Etats-Unis un commerce fabuleux. L'ha-

mamelis dans ce pays a remplacé pour les coups et blessures notre arnica. La véritable caractéristique de l'hamamelis est l'hémorrhagie veineuse, les traumatismes veineux, les phlébites avec suffusion sanguine ; si l'on ne trouve pas l'état de la veine permettant la diapédèse sanguine, l'hamamelis. à mon avis, ne fera rien du tout. Un médicament indiqué dans la matière médicale de Allen, pour la fatigue veineuse, varices enflammées frisant la phlébite, lourdeur de jambes et douleurs par varices internes, me paraît bien plus efficace que l'hamamelis, c'est le *zinc*, en dilution homœopathique, 6ᵉ, 12ᵉ, et surtout 30ᵉ. Le *lycopode* est bon aussi s'il y a congestion du foie : je ne parle que des toniques veineux et non des remèdes dans les affections vasculaires.

Qui supposerait que le poumon puisse être déprimé tout comme les autres organes? Hélas, ces congestions passives, aux bases du poumon, qui s'éternisent si souvent ne sont autre chose qu'un symptôme de fatigue du poumon. Les nerfs du poumon sont faibles, la circulation est lente, le sang reste stationnaire en certains endroits sans circulation. Pour ces congestions passives qui s'observent chez les vieillards, à la suite des grippes ou chez les débilités, j'indique trois remèdes : 1° *Kali carbonicum* 30ᵉ; s'il y a des points douloureux qui voyagent à droite et à gauche du thorax, si la cage thoracique est douloureuse ; 2° *Bacillinum* 30ᵉ à doses espacées s'il y a des symptômes analogues à ceux des tuberculeux cachectiques c'est-à-dire congestion passive avec râles, très grande oppression et expectoration muco-purulente ; 3° si la faiblesse des nerfs respirateurs se manifeste à la trachée et aux grosses bronches par des râles trachéaux, si difficiles à détacher, râles que l'on perçoit toujours à la période

ultime de la vie, *sénéga* est absolument indiqué. Frank Kraft indique *Allium Cepa* pour la fatigue provenant de quelque trouble des muqueuses respiratoires. Lorsque le malade a attrapé un rhume qui gagne le poumon, il est si fatigué qu'il peut à peine mettre les mains sur sa tête.

Il y a aussi toute une catégorie de débilités de l'estomac. La tunique musculaire stomacale est si faible qu'elle se laisse distendre jusqu'à sa dernière limite par les gaz. Les flatulents sont des débilités. On voit fréquemment chez les personnes âgées, chez les gens mous, chez les dyspeptiques délicats, chez les arthritiques ou chez les convalescents déprimés, une accumulation considérable d'air dans l'estomac. Je dis de l'air, car les renvois n'ont aucune odeur. Ils s'accumulent rapidement dans l'estomac et, par la distension de l'organe, ils peuvent produire les phénomènes les plus bizarres, points de côté, points très douloureux à la colonne vertébrale, vertiges de toutes sortes, et surtout très fréquemment des tendances syncopales, les extrémités devenant froides et les malades se figurant qu'ils vont mourir. Ils rendent des gaz à profusion par la bouche, la chaleur revient, et ils ressuscitent, suivant leur expression. Ces gens-là sont des affaiblis et, au fond des choses, on trouve le plus souvent la souche arthritique. Je ne connais pas de meilleur remède qu'*antimonium crudum* pour les gazeux arthritiques, surtout les goutteux. Je le préfère à *carbo vegetabilis* dans ces cas-là, bien que carbo ait une plus grande réputation pour la dyspepsie flatulante. En résumé, nous avons dans ces remèdes deux armes puissantes pour tonifier l'estomac affaibli. Tout médicament serait cependant inutile si l'on ne soumet pas le malade au régime sec ; les liquides se changent en gaz, c'est une loi de la physique.

Frank Kraft, que je cite avec plaisir, indique *cactus* pour la fatigue provenant des dîners tardifs ou supprimés. Comme conséquence des irrégularités des repas, on observe un mal de tête comme si un grand poids pressait sur le vertex, la céphalalgie est améliorée par la pression; *staphysagria* à la fatigue après manger.

Un symptôme d'un autre genre que j'ai difficilement pu enrayer, c'est la fatigue après une garde-robe. Certaines personnes, après une selle, sont aussi fatiguées que si elles avaient fait un accouchement. Le médicament qui m'a le mieux réussi dans ce cas est *alumina*, mais ce malaise est très difficile à guérir. Si le sujet doit se fatiguer après une garde-robe au point de se trouver presque mal, il vaut mieux chercher à espacer les garde-robes et ne faire aller le malade que tous les deux ou trois jours et même plus. Il se portera beaucoup mieux les jours où il n'aura pas de selles.

J'en ai fini avec l'énumération des trop nombreux symptômes que possèdent les débilités. Ils ne peuvent guérir leurs symptômes qu'en ayant des médicaments qui les fortifient; ces malaises n'arrivent pas avec les constitutions vigoureuses. Transformons l'organisme, et les symptômes disparaîtront.

Dr François Cartier.

MÉDECINE PRATIQUE

NÉCESSITÉ DE SUBORDONNER LA BACTÉRIOLOGIE A LA CLINIQUE.

C'est dans la *Semaine médicale* du 26 août dernier que nous avons lu l'article de M. Galliard, sur l'*entérite pneu-*

monique ; les incidents d'une navigation fort accidentée nous ont empêché jusqu'à ce jour de livrer le présent article à l'*Art médical*.

Personne, plus que moi, ne rend justice aux prodigieux travaux de la bactériologie, et le plus grand éloge que je puisse en faire, c'est de consacrer mes dernières années à cultiver cette science nouvelle. Mais je trouve que c'est ne servir ni la bactériologie, ni la clinique que de subordonner cette dernière partie de la médecine à l'autre. Je crois qu'il est insensé de faire table rase des connaissances acquises pour réédifier sans cesse la médecine sur de nouvelles bases; toute scienee digne de ce nom a ses traditions, qui, certes, ne s'imposent pas comme des dogmes, mais qui ont le mérite de représenter les travaux de nos devanciers et de contenir, sinon toutes, au moins une grande somme de vérités. La science est un édifice qui se bâtit pierre à pierre ; si chaque jour il faut renouveler les fondements mêmes de la médecine, nous n'arriverons à rien.

Parmi les vérites acquises en pathologie, il en est une que notre siècle a plus que tous les autres contribué à établir, c'est la doctrine de l'*espèce morbide*, de l'essentialité des maladies. Si les maladies cessent d'être des états définis et distincts, que deviennent le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique ; et, si ces espèces sont établies, pour la plupart, sur l'observation des faits, pourquoi vouloir les remplacer, et les remplacer par une science toute nouvelle et dont la signification doctrinale change chaque jour.

Le fait sur lequel M. Galliard a fait sa leçon clinique manque de toutes les conditions d'une observation clinique : ni date du début, ni date de la mort, car la malade

mourut. A quel jour de la maladie se sont montrés les symptômes de collapsus? A quel jour de la maladie est survenue la mort ? La malade a-t-elle ou non présenté du paroxysme ? L'intestin contenait-il des pneumocoques ?

Cette malade, dont nous ne connaissons ni l'âge, ni les antécédents, s'est présentée dans le service de M. Galliard dans l'état suivant :

« Vous avez remarqué cette teinte bleuâtre des téguments, cette cyanose, cet abattement, cette prostration, ce refroidissement de la face et des extrémités. La malade n'était pas inconsciente, mais elle semblait indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, répondant à contre-cœur et d'une voix faible aux questions que vous lui posiez. Les yeux étaient excavés, la face amaigrie, le nez pincé. Le pouls radial était supprimé ; la main, appliquée sur la poitrine, ne percevait pas les battements cardiaques ; les bruits du cœur semblaient éloignés de l'oreille. La sécrétion urinaire était abolie. La température vaginale ne dépassait pas 35°8. C'était le tableau du collapsus algide. »

De plus cette malade avait des vomissements et une diarrhée bilieuse,et il existait une hépatisation de la base du poumon droit.

Préoccupé d'expliquer cet état grave par les données de la bactériologie M. Galliard après s'être demandé, ce qui était bien enfantin, s'il s'agissait ici d'une péritonite ou d'un étranglement interne, conclut que cet état grave dépendait d'une *entérite pneumococcique*.

M. Galliard cite quatre observations à l'appui de sa thèse. La première de Marchiaf était une entérite pseudo-membraneuse, celle de Massalongo (1888) était dysentériforme ; Weischsbaum rapporte aussi deux faits d'entérite

pneumococcique dans le cours de la pneumonie. Le dernier est encore un cas d'entérite pseudo-membraneuse, l'autre cas est très complexe et s'accompagnait de méningite, mais dans aucun de ces faits l'entérite pneumococcique n'a présenté le collapsus algide décrit par M. Galliard, la malade de Massalongo a même guéri.

Le diagnostic de M. Galliard manque absolument de base même de l'examen bactériologique ; et nous craignons qu'une préoccupation de laboratoire lui ait fait méconnaître la signification d'un cas que la clinique a déjà depuis longtemps signalé.

Mais n'anticipons pas et passons à la question de thérapeutique.

« Ici les indications sont formelles : La première c'est de réchauffer le malade et de le stimuler d'une façon énergique », dit M. Galliard.

Fleury, qui certainement fut un homme d'esprit, avait bien raison en répondant à un jeune médecin qui avait toujours à la bouche le mot *indication*, indications, indications : *tartre à la crème* ; indication positive, c'est toute la thérapeutique ; indications banales, ce n'est rien.

Malheureusement les indications dont nous parle M. Galliard, sont des indications banales.

L'indication étant la nécessité évidente d'une action déterminée, nous voyons bien chez la malade de M. Galliard la nécessité évidente non seulement de la réchauffer mais de relever la force du cœur et de rétablir les fonctions du rein : mais *quelle est l'action déterminée* qui produira ce résultat.

Entre la chaleur extérieure, les injections de sérum, de caféine, de camphre, de digitaline, de sulfate de quinine, les inhalations d'oxygène ou l'administration d'alcool,

que choisirez-vous? la chaleur extérieure, l'injection de 200 centimètres cubes de sérum artificiel et de plus les antiseptiques intestinaux?

Pourquoi ces moyens plutôt que d'autres? indication banale s'il en fut, effet thérapeutique nul et mort de la malade.

Je rappellerai, non à M. Galliard, mais à tous les médecins qu'il n'y a point de thérapeutique positive sans diagnostic, et ici le diagnostic a été absolument fantaisiste, l'entérite pneumoccoccique ne présentait pas les symptômes de cette entérite, et le pneumocoque, eut-il été trouvé dans l'intestin que cela ne prouverait qu'une chose, c'est que dans une maladie infectieuse le même microbe se retrouve habituellement dans toutes les lésions; donc diagnostic fantaisiste et thérapeutique fantaisiste.

Je n'ai pas les éléments nécessaires pour formuler un diagnostic rétrospectif, M. Galliard ne nous les a pas fournis. Mais si ce médecin avait pratiqué dans les pays à fièvre intermittente, il saurait que le tableau présenté par le malade ne se rapporte qu'à la *fièvre algide*, s'il eut réfléchi que les pneumonies se compliquent souvent d'accès pernicieux, il eût prescrit à sa malade de très fortes doses de sulfate de quinine en injection hypodermique et peut-être l'eut-il guérie. Dans tous les cas il aurait répondu à une indication absolument clinique et positive.

Dr P. Jousset.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. **Sérothérapie de la lèpre. — II. Sérothérapie de la syphilis. — III. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum antidiphthérique.**

I

Nous empruntons à la *Semaine médicale* (2 sept. 1896) le résumé d'une communication du Dr Juan de Dios Carrasquilla à l'Académie nationale de médecine de Colombie, sur la sérothérapie de la lèpre.

Lorsqu'on veut appliquer au traitement de la lèpre la méthode sérothérapique, la première opération consiste à pratiquer la saignée chez un sujet lépreux. D'une manière générale, il convient de ne saigner que des adultes, ne présentant aucun symptôme de misère physiologique, ni de cachexie. Le plus souvent M. Carrasquilla se borne à une seule phlébotomie; dans des cas exceptionnels, chez des individus vigoureux, on peut ouvrir la veine à deux reprises, séparées par cinq jours d'intervalle. Cette saignée n'est pas faite, comme d'aucuns l'ont pensé, dans un but médical, pour préparer en quelque sorte le malade à l'application de la sérothérapie, mais uniquement en vue de recueillir le sérum qui sera injecté ultérieurement au cheval.

Le sérum du sang de lépreux varie considérablement d'aspect, suivant les lésions observées chez les patients : lorsque les ulcérations sont nombreuses, que la maladie offre une longue durée, que les conditions hygiéniques et climatologiques sont défavorables, le sérum est laiteux,

parfois d'une coloration verdâtre, et il présente une odeur *sui generis* absolument repoussante ; tandis que si le sujet se trouve dans de meilleures conditions, le sérum est jaune, limpide, inodore et se conserve sans altération, ce qui n'a pas lieu dans le cas précédent. En outre, chacun de ces sérums injecté au cheval produit des effets différents : avec le premier, l'animal, aussitôt après l'injection, devient triste, baisse la tête et donne des signes non équivoques de souffrance ; avec le second, à égalité de circonstances, aucun de ces phénomènes ne se produit.

Le sang est reçu dans une éprouvette graduée ou dans un vase de verre quelconque dont la capacité a été préalablement évaluée ; éprouvette ou vase doivent être soigneusement désinfectés.

Le volume du sang à extraire varie entre 100 et 250 centimètres cubes, suivant l'état des malades ; presque tous supportent bien une saignée de 250 centimètres cubes, et c'est cette dernière quantité que M. Carrasquilla a l'habitude de tirer de la veine en une fois.

Le vase dans lequel le sang a été recueilli est immédiatement recouvert d'une mince couche d'ouate aseptique par dessus laquelle on applique un disque de verre plat. Le tout est ensuite conservé à l'abri de la lumière, à une température de 12° à 15°. Au bout de douze heures, ou de vingt-quatre au plus tard, on puise le sérum à l'aide d'une pipette, en ayant bien soin de ne pas agiter le contenu du vase, puis on le dépose dans des flacons minutieusement nettoyés, après l'avoir fait passer à travers une couche de camphre pulvérisé comprise entre deux couches d'ouate pour éviter qu'il ne s'altère par la suite ; on le garde ainsi en le préservant de la lumière et de la chaleur jusqu'au moment de s'en servir.

Le sérum humain, ainsi préparé est alors injecté à un animal réfractaire à la lèpre. Après avoir fait un premier essai sur un chevreau, M. Carrasquilla ne tarda pas à se convaincre que le cheval est, de tous les animaux domestiques, celui qui se prête le mieux à ce genre d'expériences; aussi toutes ces injections ont-elles été pratiquées sur des chevaux, sauf quelques-unes qui ont été faites à un âne et à des mulets.

On choisit un cheval jeune, sain et vigoureux. Avant de procéder à l'injection, qui doit être faite de préférence sous la peau de la région scapulaire, on immobilise l'animal au moyen de l'appareil de contention utilisé dans ce but à l'Institut Pasteur; on rase, on savonne et on lave au sublimé la partie où sera pratiquée l'injection, enfin, on désinfecte minutieusement la seringue.

Il y a, dans l'opération, deux points importants qu'il n'est malheureusement pas facile de déterminer : la quantité de sérum qu'il faut injecter au cheval en une seule fois, et le laps de temps qu'on doit laisser s'écouler entre deux injections.

Pour ce qui est de la quantité de sérum à injecter, la dose minima est de 15 centimètres cubes, la dose maxima de 150 centimètres cubes. La première ne provoque aucune réaction, tandis que le cheval réagit violemment à la seconde : il éprouve une soif vive, perd l'appétit, le poil se hérisse, la marche devient vacillante, la température s'élève; des abcès, des tuméfactions peuvent se produire, qui rendent pour longtemps le cheval inapte à fournir du sérum et à recevoir de nouvelles injections.

M. Carrasquilla a l'habitude d'injecter 15 centimètres cubes aux animaux de petite taille, 30 à ceux de taille moyenne et 60 aux plus grands; puis il laisse passer dix

jours avant de faire une seconde injection, et dix autres jours avant d'en pratiquer une troisième. Une nouvelle période de dix jours s'étant écoulée, on saigne et on injecte, puis, vingt ou trente jours après la première saignée, on en fait une autre, et ainsi de suite chaque mois.

On saigne habituellement le cheval sur la veine jugulaire, au niveau du tiers inférieur du cou, dans la gouttière située entre la trachée et les muscles, au moyen d'une flamme ou d'un trocart. Le sang, à sa sortie du vaisseau, est recueilli d'une façon rigoureusement aseptique dans un bocal stérilisé et préparé suivant la méthode de Nocard-Roux. On peut tirer de 1 à 3 litres de sang par saignée, selon la taille de l'animal.

Pour préparer le sérum de cheval, on procède exactement aux mêmes manipulations que celles auxquelles on a recours pour le sérum humain, en veillant encore avec plus de soin, si possible, aux conditions d'asepsie et de conservation du liquide. Dans le but d'assurer cette dernière, le sérum est imprégné de camphre par le procédé susmentionné. Les flacons destinés à contenir le sérum ont une capacité de 10 centimètres cubes ; une fois pleins, on les ferme avec un bouchon de caoutchouc désinfecté, on les coiffe d'une capsule, puis on les enveloppe dans du papier de couleur obscure.

M. Carrasquilla décrit ensuite le procédé qu'il emploie pour appliquer ce sérum aux sujets atteints de lèpre. Le malade ayant été saigné comme il a été indiqué plus haut, on laisse passer cinq jours, puis on lui fait une première injection de sérum de cheval à la dose de 1 à 5 centimètres cubes, suivant l'âge du patient, la période de l'affection, etc. Avant de pratiquer cette première injection, le médecin doit, pendant les jours qui précèdent,

examiner soigneusement le malade, noter toutes les lésions qu'il présente, prendre la température et compter le pouls à diverses reprises, afin de pouvoir apprécier ultérieurement les modifications qui se produiront ainsi que l'action physiologique du médicament ou les réactions qu'il provoquera.

Le lieu d'élection pour l'injection est l'espace compris entre la crête iliaque et une ligne transversale passant au-dessous du grand trochanter, ou encore la région post-trochantérienne.

L'aiguille ne sera pas flambée, mais simplement lavée dans une solution antiseptique. Dans les cas où l'on veut injecter 10 c. c. de sérum, il est préférable de faire deux injections de 5 c. c. chacune, une grande quantité de sérum appliquée en une seule fois exposant le malade à la production de tuméfactions, d'indurations et même d'abcès très douloureux.

Pour ce qui est de la technique employée par M. Carrasquilla, je ne m'y arrèterai pas, car c'est celle qui est mise en œuvre par tous les opérateurs qui se livrent à la pratique des injections hypodermiques.

Une précaution que ne doit jamais oublier de prendre le médecin avant de faire une injection, c'est de s'assurer que le sérum n'a souffert aucune altération. Un aspect trouble, une couleur opaline, une odeur d'hydrogène sulfuré sont autant de signes d'altération du liquide qui doivent en faire rejeter l'emploi.

Pour contrôler la pureté du sérum de cheval, il est bon, lors de sa préparation, d'en injecter à un lapin ou à un cochon d'Inde, à la dose de 1 c. c. par kilogramme d'animal : si celui-ci ne présente à la suite de l'injection aucun phénomène suspect, on est sûr qu'on ne s'expose pas à

faire pénétrer une substance toxique dans l'organisme humain.

Il convient de ne pas dépasser 1 c. c. pour la première injection de sérum de cheval faite à un lépreux ; on augmentera la dose aux injections suivantes, en tâtant la susceptibilité du malade.

Avant de procéder à une nouvelle piqûre on examinera l'état de la circulation et de la calorification : s'il y a soit accélération du pouls ou élévation de la température, soit ces deux choses à la fois, soit un autre signe quelconque de réaction, on s'abstiendra de faire l'injection et on attendra pour cela que le malade soit revenu à son état normal.

Lorsque la première piqûre hypodermique n'a produit aucune réaction ou que celle-ci a cessé, on peut pratiquer la seconde injection le troisième jour après la précédente et ainsi de suite pour la troisième, la quatrième, etc. Ordinairement la réaction ne se manifeste qu'après la troisième ou la quatrième injection ; exceptionnellement elle se produit seulement après la cinquième ou la sixième ; enfin, il est des sujets qui réagissent dès la première ou la seconde piqûre.

Chez tous les malades, le sérum antilépreux provoque des phénomènes de réaction qui sont, les uns constants, quoique variables en intensité, auxquels M. Carrasquilla donne le nom de *réaction normale*, les autres accidentels, dont l'ensemble constitue la *réaction accidentelle.*

La réaction normale est caractérisée par une sensation de froid, de l'horripilation et des frissons, qui se produisent de deux à six heures après l'injection et dont la durée, aussi variable que l'intensité, est habituellement de deux heures; on note également de la soif, du malaise, de

l'anxiété, des lipothymies, de la céphalalgie occipitale et du refroidissement des extrémités. Le malade passe alors dans le second stade de réaction ou stade de chaleur, mais sans cesser d'éprouver l'horripilation et le frisson. Le pouls atteint 110 à 120 battements par minute; la température, généralement de 38° à 39°, peut s'élever, mais rarement, jusqu'à 40° et 41°. Vient ensuite le stade de sueur, qui termine l'accès de réaction. Celui-ci prend communément fin dans la nuit qui suit l'injection pour ne se reproduire, dans la plupart des cas, qu'après une nouvelle injection.

Les réactions accidentelles sont, par ordre de fréquence : des myalgies et arthralgies très douloureuses, généralisées ou localisées à certaines régions ; des névralgies du crâne, de la face, des bras et des avant-bras, affectant la forme de douleurs fulgurantes et disparaissant très vite sans le moindre traitement : des éruptions diverses, notamment des plaques d'urticaire et des érythèmes polymorphes également fugaces et sans gravité; enfin l'état asphyxique, accident le plus sérieux, mais aussi le plus rare.

Outre ces symptômes réactionnels, il existe des accidents qui surviennent au cours du traitement et relèvent pour la plupart de la méthode hypodermique elle-même (tuméfactions, nodules indurés, abcès, etc.). Il est inutile d'y insister, ces manifestations étant connues de tous depuis l'emploi de la sérothérapie.

Pour éviter les inconvénients de la méthode hypodermique, M. Carrasquilla a administré à un malade, par la voie stomacale, du sérum antilépreux qu'il donnait à la dose d'environ 3 centimètres cubes tous les trois jours pendant une semaine; en même temps, il faisait à un sujet témoin des injections hypodermiques de 1 centi-

mètre cube aux mêmes jours. Le premier malade n'eut comme phénomène réactionnel qu'un peu de somnolence après la seconde dose du médicament, tandis que le témoin présenta la réaction normale dès la première injection. La semaine suivante, la dose de sérum ingéré par le premier lépreux fut portée à 5 centimètres cubes : la réaction normale se manifesta aussitôt et se répéta le jour suivant à la même heure. Les lésions lépreuses offrirent des modifications analogues à celles que produisent les injections et furent même plus accentuées que chez le sujet traité par la voie hypodermique. Mais cet essai étant le seul qui ait été tenté par M. Carrasquilla, il faut d'autres expériences avant de pouvoir formuler des conclusions précises.

Quant à l'administration du sérum antilépreux par la voie rectale, notre confrère ne l'a pas encore essayée.

En même temps qu'on observe chez les malades les phénomènes de réaction, c'est-à-dire les effets physiologiques du sérum, on voit se produire dans les lésions lépreuses des modifications qui révèlent l'action thérapeutique du médicament. Je ne reviendrai pas sur ces modifications, qui ont été exposées tout au long dans ma précédente lettre (voir *Semaine médicale*, 1896, p. 12-13). Qu'il me suffise d'ajouter que depuis cette époque les mêmes phénomènes d'amélioration se sont invariablement manifestés, s'accentuant même chaque fois davantage, chez tous les lépreux (environ une centaine) auxquels M. Carrasquilla a appliqué la sérothérapie.

Il est clair, toutefois, que ces modifications ne s'obtiennent pas en un jour, et le médecin ne saurait se flatter d'améliorer d'un seul coup un organisme voué depuis vingt ou trente années à la destruction. Il en est du reste

de la lèpre comme d'autres affections telles que le cancer, la tuberculose, etc. : lorsque les lésions sont arrivées à un degré tel qu'elles sont incompatibles avec la vie, la thérapeutique, quelle que soit la médication employée, reste forcément impuissante.

II

Nous trouvons dans la *Médecine moderne* (29 août 1896) deux articles sur la sérothérapie de la syphilis.

Le premier rappelle les expériences de M. Bœck qui, il y a quelques années, a déjà traité ainsi quelques malades.

Quatre d'entre eux n'ont eu ensuite que des manifestations très légères ; huit autres n'ont eu depuis (c'est-à-dire pendant cinq ans) aucune manifestation de syphilis. Récemment, l'auteur a de nouveau traité quelques malades (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*) avec un sérum provenant d'un homme ayant une épididymite avec hydrocèle six ans après le chancre ; c'est le liquide de l'hydrocèle qui a été employé, après filtration. Les résultats sont indiscutables. Six malades ainsi traités étaient à la veille de la période secondaire ; les autres étaient déjà en pleine roséole.

Le premier malade a eu 32 grammes de sérum qu'on injectait par 4 centimètres cubes tous les deux jours. Les indurations et les adénopathies ont très rapidement rétrocédé ; l'éruption a eu lieu très tardivement, a été très légère et a duré en tout trois semaines ; il n'y eut pas de plaques muqueuses de la bouche.

Le deuxième malade a eu sa première injection cinquante jours après l'infection ; les résultats furent aussi

favorables que dans le cas précédent et les symptômes secondaires évoluèrent en l'espace de deux mois.

3e cas : il y avait déjà des symptomes secondaires au moment où l'on a commencé les injections ; sous l'influence du sérum, elles ont très rapidement rétrocédé ; il n'y eut pas de plaques muqueuses.

Dans les 5 autres cas, les résultats ont été toujours aussi favorables ; il y avait toujours évolution rapide des manifestations premières, beaucoup plus rapide qu'avec l'expectation seule, évolution considérablement atténuée des phénomènes secondaires, amélioration de l'état général. Les injections sont d'autant plus efficaces qu'elles sont faites de meilleure heure.

L'autre travail dû au Dr Rochon, sur les indications de la sérothérapie dans la syphilis, conclut au contraire que la sérothérapie agit peu sur les syphilitiques à la période secondaire, et a des résultats bien plus encourageants à la période tertiaire de la maladie.

Le Dr Rochon pense que la sérothérapie rend des services marqués dans une forme particulière de l'empoisonnement syphilitique, celui qui porte surtout ou même exclusivement sur le système nerveux et, en particulier, dans la neurasthénie d'origine syphilitique. Il publie trois observations assez encourageantes.

III

Le Dr Cantu a eu l'idée d'essayer ce traitement à cause des améliorations qu'il avait remarquées chez des diphtéritiques atteints de manifestations pulmonaires.

Les pneumoniques traités par notre confrère étaient au nombre de onze, parmi lesquels on comptait des vieillards et des sujets alcooliques. La dose totale de sérum employée

dans chaque cas a été de 10 à 30 centimètres cubes. Les injections ont amené constamment la chute critique de la température au bout d'une période de temps variant de quatorze à trente-deux heures. Parfois, une première injection ne déterminait qu'une fausse crise et la véritable crise survenait alors après la seconde injection. L'effet antithermique du sérum était proportionnel à la dose injectée. Des doses même élevées n'ont provoqué, chez les malades dont M. Cantu donne les observations, aucun accident d'ordre général ou local. Cependant notre confrère croit utile d'administrer la caféine concurremment avec les injections sérothérapiques.

Dans certains cas de phtisie pulmonaire, notamment lorsque cette affection en était encore à sa période de début, ainsi que dans les formes typhoïdes de la tuberculose, l'action favorable du sérum antidiphtéritique a été des plus nettes. En effet, il suffisait d'un petit nombre d'injections pratiquées à des intervalles de quelques jours pour obtenir un retour durable de la température à son niveau normal, et cela même quand il s'agissait d'une fièvre intense ayant résisté pendant des mois à toutes les médications imaginables.

Il faut dire que chez les tuberculeux les premières injections de sérum antidiphtéritique ont toujours provoqué une réaction fébrile. Si, avant le traitement, il existait de la fièvre, celle-ci augmentait d'intensité pendant une période de temps ne dépassant pas quarante-huit heures après l'injection. Lorsqu'on avait obtenu l'apyrexie par une injection précédente, une nouvelle injection amenait la réapparition temporaire du processus fébrile. Cette réaction générale allait en diminuant après chaque injection pour s'épuiser bientôt tout à fait.

(*Semaine médicale*, 15 *août*.)

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I

Séance du 1er septembre. — La correspondance officielle comprend une lettre du maire de Marseille signalant une erreur commise par le récent rapport sur la vaccine et déclarant qu'il n'y a à Marseille aucune épidémie et que la mortalité y est au-dessous de la moyenne. Le Dr Hervieux, auteur du rapport incriminé s'empresse de prendre la parole en disant que la commission permanente de vaccine n'a pu commettre aucune erreur attendu qu'elle ne s'est appuyée dans l'exposé des faits que sur des documents officiels, des statistiques émanant de la ville de Marseille elle-même.

Comparant l'épidémie variolique de 1894 à 1895, qui a sévi en même temps à Paris et à Marseille, le Dr Hervieux montre que, pendant que l'épidémie s'arrêtait net à Paris en juin 1894, elle ne faisait que continuer à progresser à Marseille comme en fait foi le tableau suivant.

Décès par variole dans la ville de Marseille :

Année 1893	39
1894, 1er semestre . .	32
— 2e semestre . .	115
1895, 1er semestre . .	136

Mais, pendant qu'à Paris on employait contre le fléau

variolique une arme toute puissante, la vaccination, à Marseille; le service des revaccinations gratuites ne fonctionnait pour ainsi dire pas, car il n'a été établi d'une façon permanente qu'à partir du 5 novembre dernier. En terminant, le Dr Hervieux attire l'attention des pouvoirs publics sur la permanence de la variole à Marseille qui est une menace pour le reste du pays, l'importance commerciale de cette ville, ses relations avec toutes les parties de la France, la facilité des communications, constituant autant de causes favorables à la transmission des principes infectieux.

II

Séance du 8 septembre. — Après une lecture de M. Ferrand sur l'œuvre médicale de Quesnay, le Dr Hervieux revient à nouveau sur l'épidémie variolique de Marseille, sans rapporter d'ailleurs de nouveaux faits à notre connaissance.

Toxicité des alcools. — M. A. Riche, à propos des travaux du deuxième Congrès international de chimie appliquée, analyse les travaux qui ont été présentés à ce Congrès au point de vue des impuretés contenues dans les alcools. Il nous apprend que le Congrès a voté la nomination d'une commission chargée de fixer la dose d'impuretés que l'on peut tolérer dans les boissons distillées.

Un point hors de doute, c'est que l'alcool éthylique pur, étendu d'eau de manière à être amené au degré de concentration des eaux-de-vie, constitue un liquide sans parfum et d'une saveur à la fois pâle et brûlante qui le rend impropre à la consommation directe. Il faut donc y ajouter des substances étrangères pour lui donner les bouquets variés que l'on recherche dans les liqueurs.

Malheureusement, ces impuretés sont des poisons plus actifs que l'alcool et il faut n'introduire dans les boissons que la dose la plus faible de ces produits étrangers. Il faudrait donc arriver à connaître quelle est cette dose que l'on peut tolérer sans danger pour la santé. Dans différents pays : Angleterre, Allemagne, Suisse, où l'on a voulu soit imposer une rectification absolue des alcools, soit y permettre une très légère dose d'impuretés, on a été obligé de rapporter ces lois ou, comme en Suisse, de permettre par exemple 1 fr. 50 par litre de fusel dont les amateurs de shnap aiment à retrouver le goût.

En Belgique, des savants de premier ordre ont rédigé des règlements qui constituent un Codex alimentaire, et ils publient chaque mois un bulletin qui tient le public au courant de ce qui est publié dans les divers pays. On y a donné la richesse des principales liqueurs en alcool éthylique, en extrait, sucre et essences.

Il en ressort que la proportion des essences contenues dans les liqueurs est le plus souvent inférieure à 1 gramme par litre, que les eaux-de-vie, rhums, kirschs ne renferment généralement pas plus de 2 grammes d'impuretés.

Le maximum est toutefois dépassé dans les absinthes, anisettes, marcs et bitters. Dans les eaux-de-vie des bouilleurs de cru il n'est pas rare de voir 4,6 et 8 grammes d'impuretés par litre d'alcool à 50 degrés.

La commission extraparlementaire de l'alcool, présidée par Léon Say, avait proposé 2 grammes par litre, comme limite de la quantité des impuretés dans les alcools industriels. C'est également cette limite qui est proposée en Autriche et en Belgique.

Mais, il faut retenir cette notion que les eaux-de-vie, bien préparées, renferment rarement plus de 2 grammes

d'impuretés, et que si cette limite était adoptée, les produits malsains des bouilleurs de cru, travaillant sans précaution avec des appareils défectueux, ne pourraient être livrés à la consommation, et ce ne serait pas un des moindres avantages de l'établissement de ce maximum.

III

Séance du 15 septembre. — En raison de la mort de M. Rochard, ancien président de l'Académie de médecine, la séance est levée.

IV

Séance du 22 septembre. — M. Lereboullet donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Rochard. Puis, M. Debove lit un rapport sur un mémoire du Dr Clozier, intitulé : Toxhémie des gastro-entéropathes. Dans ce mémoire le Dr Clozier décrit un état nerveux qu'il a observé et qu'il croit devoir rapporter à une toxhémie. Le plus souvent, dit notre confrère, la crise éclate ordinairement le jour, rarement la nuit, mais toujours à l'improviste. Le patient est frappé d'un engourdissement général qui, en aucun point du corps, n'éveille de douleur ou il éprouve une lassitude extrême qu'accompagne une sensation soit de plénitude, soit de vacuité de la boîte crânienne,ou bien il est courbaturé et souffre de céphalalgie, ainsi que de névralgies sacro-lombaires. En même temps, il est oppressé, et sa respiration profonde ou supérieure nécessite, pour s'accomplir, l'intervention de la volonté. De plus, la circulation se ralentit et, consécutivement, l'énergie fonctionnelle de tout l'organisme diminue.

Les troubles nerveux de l'estomac et des intestins sont très fréquents chez les névropathes, fait remarquer le Dr Debove, mais il n'admet pas, comme le veut le Dr Clozier, que ces phénomènes nerveux dépendent de la gastro-entéropathie. Le Dr Clozier va même plus loin et suppose que l'estomac et les intestins malades fabriquent des poisons et que ces poisons engendrent une toxhémie qui amène les accidents décrits.

Ceci est une hypothèse, mais comme on ignore quels sont ces poisons et que leur présence n'est nullement démontrée, il vaut mieux s'en tenir simplement à l'opinion que les malades du Dr Clozier étaient atteints de troubles nerveux divers parmi lesquels des troubles intestinaux.

V

Séance du 29 septembre. — Recherches sur la nature de la substance agglutinante et sa fixation sur les albuminoïdes du sang et des tumeurs des typhiques. — Le professeur Dieulafoy fait une communication à ce sujet qu'il a étudié avec MM. Widal et Sicard. On sait que le sérum des typhiques possède la propriété d'agglutiner, *in vitro*, le bacille d'Eberth épars dans une culture. Il y a donc intérêt à chercher quelles sont, dans le sang et les tumeurs, les substances douées de propriétés agglutinatives. Précisons d'abord l'action agglutinante des diverses tumeurs de l'organisme. La réaction apparaît par exception dans l'urine, elle est constante au contraire dans la sérosité des vésicatoires. On l'a retrouvée à l'autopsie de trois malades, dans les sérosités péricardique, péritoniale et pleurale. On a obtenu une réaction très marquée avec le lait de nourrices atteinte de fièvre typhoïde. Le

même résultat a été constaté dans le lait d'animaux inoculés avec le bacille d'Eberth, toutefois ce phénomène apparaît plus tardivement dans le lait que dans le sang. Le liquide de l'œdème et la sérosité du pus d'un âne fortement immunisé, agglutinaient aussi puissamment les bacilles.

Chez une femme enceinte qui avorta par suite d'une fièvre typhoïde, le sang présentait la réaction très caractéristique, mais on ne put la constater dans le sang du fœtus. Il n'en a pas été de même sur les fœtus d'animaux. La bile humaine n'a donné de résultat qu'une fois sur deux ; avec le liquide des vésicules séminales et le liquide céphalo-rachidien, le résultat a été négatif, de même pour la salive. Les larmes et l'humeur aqueuse ont pu reproduire le phénomène agglutinatif. Cependant, avec la réaction lacrymale provoquée, la réaction est bien moins constante.

Quelles sont donc les substances qui produisent ce résultat !

Par une série d'expériences les médecins cités plus haut sont arrivés aux conclusions suivantes : « En résumé, les substances albuminoïdes, telles que le fibrinogène, la globuline ou la caséine, isolées des humeurs d'un typhique par les procédés ci-dessus indiqués, enlèvent à la liqueur primitive la propriété agglutinante et la retiennent au moins en partie ; elles l'abandonnent dans leur solution et la fixent de nouveau sur leur précipité. Voilà le fait acquis. Il n'intéresse pas seulement le médecin, mais encore le chimiste qui trouvera peut-être dans le phénomène d'agglutination, une réaction nouvelle pour l'étude si délicate des substances albuminoïdes. »

Dr G. Nimier.

BIBLIOGRAPHIE

LA VIE D'HAHNEMANN

Samuel-Christian-Frédéric Hahnemann (1) est né, le 10 avril 1755, à Meissen, jolie ville de Saxe, à deux pas de Dresde. Sa maison natale existe encore, elle se trouve sur une place à laquelle on a donné son nom et ses disciples ont pieusement placé son buste et une inscription sur la façade.

Il était fils d'un peintre sur porcelaine attaché à la célèbre manufacture dont vous connaissez tous les produits, et l'aîné de dix enfants. C'est vous dire que la situation de la famille était des plus modestes. Aussi Habnemann père ne rêvait rien moins pour son fils qu'une carrière libérale : il voulait en faire un artisan comme lui. S'il n'en fut rien, c'est grâce aux maîtres du jeune Samuel, qui avaient reconnu en lui des aptitudes exceptionnelles. Celui qui eut une influence décisive est le Dr Müller, directeur de l'école provinciale, le principal établissement d'instruction secondaire de la contrée. Il employa l'argument persuasif par excellence, la promesse de la gratuité de l'enseignement, et le père céda. Ce jour-là Müller n'a pas seulement accompli une bonne action, il a fait preuve d'une remarquable clairvoyance pédagogique. Sur les murs de l'école qu'il dirigeait on lit ces mots : *Christo, patriæ, studiis.* En assurant à Samuel Hahnemann les bienfaits de la haute culture intellectuelle, il a rendu un service inappréciable aux sciences, à sa patrie et plus encore à l'humanité tout entière. Mais on devine sans peine les tiraillements et les déboires qui ont dû précéder cette décision, et la situation difficile du jeune

(1) Extrait de la 7e leçon sur l'homœopathie du Dr V. Léon Simon. Ces leçons ont été réunies et publiées chez J. Lechevalier sous le titre : *L'homœopathie. Exposé de la doctrine d'Hahnemann.*

Hahnemann, placé entre l'enclume et le marteau, entre son père et ses maîtres. Rien n'est énervant comme ces luttes entre deux influences contraires, entre le devoir et les préférences, entre le rêve et les sévères réalités de la vie. Elles sont souvent funestes pour les caractères faiblement trempés; elles fortifient au contraire les natures énergiques comme celle d'Hahnemann, dont la qualité maîtresse était la volonté, renforcée par une dose non infinitésimale de combativité. Il acheva donc ses études et son dernier devoir écrit dans cette école indique clairement la carrière dont il avait fait choix, car il a pour sujet *l'admirable structure de la main humaine.*

Hahnemann passa deux ans à Leipsick, puis un an à Vienne, un an à Hermannstadt, où il avait suivi le gouverneur de Transylvanie, baron de Brückenthal, en qualité de bibliothécaire. Enfin il obtint le diplôme de docteur à Erlangen, en 1779, après avoir soutenu une thèse sur ce sujet : *Conspectus affectuum spasmodicorum ætiologicus et therapeuticus.*

Sa vie d'étudiant fut celle de tous les jeunes gens laborieux et pauvres, c'est-à-dire qu'il consacra ses journées à ses études professionnelles et une bonne partie de ses nuits au travail qui devait le faire vivre. En la seule année 1777, il traduisit de l'anglais 4 ouvrages médicaux. En même temps ses qualités ne passaient pas inaperçues de ses maîtres, qui le traitèrent tous avec bienveillance. Son principal protecteur fut Quarin, de Vienne, médecin ordinaire de l'empereur d'Autriche.

Muni de son diplôme, il revint en Saxe, mais, je ne sais pourquoi, il mena dès le principe une vie assez nomade et je vous fais grâce de l'énumération des villes où il se transporta successivement. En 1783, à Gommern, il épousa Henriette Küchler, fille adoptive du pharmacien Hæseler, puis il passa plusieurs années à Dresde où il se lia d'amitié avec Wagner, médecin des hôpitaux de la ville, qui se fit suppléer par lui pendant un an. Enfin, en 1791, il exerçait à Leipsick et il était membre de la Société économique de cette ville, de la Société de médecine d'Erlangen et de l'Académie des sciences de Mayence, distinctions bien méritées, car il avait publié, depuis 1779, une douzaine de mémoires sur des sujets divers, entre

autres sur le traitement des anciennes blessures et des ulcères indolents (1784) et sur les maladies vénériennes (1788).

Ici se termine la période allopathique de sa carrière, car il prit alors une résolution tout à fait inattendue et dont on ne rencontre pas un seul exemple dans l'histoire de l'humanité : il renonça à l'exercice de la médecine. Il n'avait plus foi en son art.

« C'était un supplice pour moi, écrit-il, lorsque j'avais à « traiter des malades, de marcher toujours dans l'obscurité, « avec nos livres, et de prescrire, d'après telle ou telle hypothèse, « des remèdes qui ne devaient qu'à l'arbitraire leur place dans « la matière médicale.

« Je me faisais un cas de conscience de traiter les états mor- « bides inconnus de mes frères souffrants par ces médicaments « inconnus qui peuvent, étant des substances très actives, faire « passer de la vie à la mort ou produire des affections nouvelles « et des maux chroniques lorsqu'ils n'offrent pas les conditions « d'une appropriation rigoureuse.

« Devenir ainsi le meurtrier de mes frères était pour moi « une pensée si affreuse que, dès les premiers temps de mon « mariage, je renonçai à la pratique pour ne plus m'exposer à « nuire et m'occupai exclusivement de travaux littéraires et « de chimie. »

En effet, en parcourant la liste de ses œuvres, nous voyons cesser tout à coup les écrits originaux et la liste des traductions s'allonge démesurément ; on en compte 4 en 1790 et autant en 1791. Depuis cette époque jusqu'en 1796, il se remet à publier des écrits originaux, mais seulement sur des questions de chimie ou d'hygiène.

Une pareille conduite fait ressortir un des côtés du caractère d'Hahnemann et nous montre qu'il n'était pas l'homme des demi-mesures. Il n'était certes pas le premier qui eût souffert du peu de certitude de l'art de guérir ; il ne fut pas non plus le dernier : un de ses illustres contemporains, Murray, s'en était plaint amèrement et plus tard Bichat a comparé la thérapeutique aux écuries d'Augias ; néanmoins tous deux ont continué d'exercer leur art comme ils pouvaient et, en s'efforçant de le faire

sortir du chaos, ils jugeaient leur conscience suffisamment à l'abri. Hahnemann s'est montré plus scrupuleux. Est-il permis de supposer, d'après la fin du passage que je viens de citer, qu'il serait survenu dans sa clientèle quelque accident qu'il aurait cru devoir imputer à son traitement ? Cela est possible, malgré la prudence avec laquelle il procédait. Quoi qu'il en soit, on ne peut attribuer sa décision qu'à un excès de délicatesse ; l'insuccès ou le dépit d'une ambition déçue n'a pas pu en être la cause et, si j'ai insisté sur ses antécédents, c'est pour vous convaincre qu'avant la découverte de l'homœopathie il n'était ni un inconnu ni un déclassé ni un raté. Au contraire, sa carrière avait été heureuse dès le début ; il avait acquis dans le monde médical toute la notoriété et toute l'autorité sur lesquelles on peut compter à 35 ans et il s'était fait des amis parmi les médecins les plus en renom, comme l'archiâtre Quarin, de Vienne, et Wagner, de Dresde. Sa position était donc des plus enviables et il parle de cette période de sa vie dans des termes qui prouvent qu'il n'en a conservé que de bons souvenirs, car il a un mot de gratitude pour tous ceux qu'il fréquentait alors. Son père, dont il n'a jamais reçu que 20 thalers (75 fr.) depuis son départ de la maison paternelle, ne pouvait rien faire de plus et était le meilleur des pères ; Quarin l'a traité avec autant de sollicitude que s'il eût été son seul élève ; il a une dette de reconnaissance envers les professeurs d'Erlangen, Delius, Isenflamm, Schreber et Wendt, qui l'ont traité avec la plus grande bonté ; son beau-père, le pharmacien Hæseler, est un excellent apothicaire ; il s'estime redevable envers le philologiste Adelung et le libraire Dossdorf des progrès qu'il a faits et des bons moments qu'il a passés à Dresde. Un homme mécontent de son sort ne porterait pas des jugements aussi bienveillants sur tous ceux qu'il a connus.

Ses maîtres et ses confrères lui rendaient l'estime qu'il professait pour eux. Hufeland, qui lui accorda toujours la publicité de son journal, resta un de ses amis les plus fidèles. Lorsqu'il fut question, en 1798, de fonder une université à Mittau, Hahnemann fut un des trois premiers auxquels on songea pour les chaires de médecine. Enfin voici un témoignage qui n'est pas suspect,

c'est celui d'Hennicke, gérant d'un journal très allopathique, l'*Allgemeiner Anzeiger der Deutschen*. En 1833 il écrivit dans ce journal : « Pendant plus de vingt ans j'ai imprimé les plus vio-
« lentes invectives contre l'homœopathie et son fondateur, tant
« qu'elles ont eu un semblant de vérité et de justice et qu'elles
« étaient signées de leur auteur. Cependant j'ai vécu pendant
« plus de quarante ans dans les termes les plus amicaux avec
« le conseiller aulique Hahnemann et je le respecte comme l'un
« des plus grands bienfaiteurs de l'humanité à cause de sa haute
« culture scientifique, de sa remarquable intelligence, de son
« sagace et profond esprit d'observation, des grands services
« qu'il a rendus à la médecine, services qui pendant un demi-
« siècle ont été hautement reconnus par tous les juges compé-
« tents. Deux guérisons que Hahnemann a opérées en 1792 à
« Gotha et à Georgenthal et qui ont excité une admiration géné-
« rale, ainsi que l'opinion exprimée sur lui par un médecin mort
« ici (le Dr Buddeus), ont d'abord attiré mon attention sur lui.
« C'est ce qui m'a inspiré la plus grande estime pour lui et tel
« est le point de départ de nos relations amicales et de notre
« correspondance qui n'a jamais été interrompue dans la suite. »
Considérer comme un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité et traiter d'ami un homme contre lequel on a imprimé pendant vingt ans les plus violentes invectives, ce n'est vraiment pas banal.

La période non médicale de la vie d'Hahnemann fut cependant la plus féconde pour notre art. Elle fut une période d'incubation. C'est pendant ces années silencieuses, consacrées à la méditation et à l'expérimentation, qu'il a conçu, vérifié et établi sur des fondements solides la réforme qui l'a immortalisé. Ce n'est qu'après s'être assuré de sa valeur réelle qu'il l'a publiée pour en doter l'humanité. Ainsi l'insecte passe successivement par trois états, dont celui de chrysalide n'est pas le moins important, quoiqu'il échappe presque à notre observation. Ainsi le ver-à-soie commence par tisser avec une délicatesse infinie l'enveloppe dans laquelle il doit subir sa dernière transformation et lorsque, devenu papillon, il se sert de ses ailes pour s'échapper de son informe prison, la dépouille qu'il nous laisse est encore assez belle pour constituer la trame de nos plus riches parures.

La période homœopathique de la vie d'Hahnemann commence, comme vous savez, en 1796 avec l'apparition de l'Essai sur un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des substances médicinales. Ce premier essai ne fut pas mal accueilli et l'hostilité contre son auteur ne se déclara que peu à peu. Les causes de cette hostilité sont nombreuses. D'abord aucune erreur de ses confrères n'échappait à sa sagacité et, quand il avait à porter un jugement défavorable, il ne se laissait jamais arrêter par la crainte de déplaire. Dès 1792, année de la mort de l'empereur d'Allemagne, Léopold II, il avait exercé sa verve critique aux dépens des médecins de l'auguste malade; naturellement ceux-ci ne le lui ont pas pardonné. De plus, la simplicité de sa thérapeutique, l'emploi d'un seul médicament à la fois lui a aliéné en même temps les médecins et les pharmaciens. Pour les premiers la nouvelle méthode bouleversait les habitudes acquises et surtout elle mécontentait leur amour-propre, flatté par des prescriptions compliquées qui faisaient croire à l'étendue de leurs connaissances en matière médicale et qui émerveillaient le vulgaire; pour les seconds elle était ruineuse, puisqu'elle réduisait des trois quarts les frais du traitement. Enfin, la règle que s'était imposée Hahnemann de ne donner que des médicaments préparés par lui-même le rendait encore plus antipathique au corps des apothicaires. Aussi c'est sur ce point que portèrent leurs premières attaques, la dispensation des médicaments n'étant pas permise au médecin en Allemagne plus qu'en France. C'est en 1800, à Eilenburg, qu'il commença à être pourchassé. Depuis lors il fut condamné à une véritable odyssée, qui ne cessa qu'en 1821, alors que le duc d'Anhalt-Cœthen le nomma conseiller aulique et lui offrit l'hospitalité dans sa capitale. De là vient que ses partisans l'ont souvent appelé le vieillard de Cœthen. Avant de s'installer dans cette ville, il avait passé dix ans à Leipsick, où il s'était établi comme professeur (probablement comme *privat-docent*) et avait fait de nombreux élèves.

Son arrivée à Cœthen fut signalée par un acte de sauvagerie qu'on ne saurait trop flétrir. Ses ennemis (à la tête desquels se trouvait sans doute le médecin de la cour), aidés vraisemblablement par des meneurs qui voyaient là une occasion de faire de l'opposition au gouvernement, ameutèrent contre lui la

populace. Sa maison fut envahie, saccagée, sa famille maltraitée au point qu'un de ses fils mourut quelques jours après des contusions qu'il avait reçues. Et l'on s'étonne qu'Hahnemann ait été acerbe dans la polémique! Quant à moi, je ne suis surpris que d'une chose, c'est qu'il n'ait tué personne. Loin de là, il se condamna lui-même à une réclusion perpétuelle et pendant quinze ans qu'il vécut à Cœthen il ne sortit pas une seule fois de sa demeure.

Au point de vue professionnel cette période de son existence fut la plus brillante. Malades et médecins de tous pays affluèrent dans la petite capitale du duché d'Anhalt et s'en retournèrent en chantant les louanges du fondateur de l'homœopathie. En 1835 une Française, Mélanie d'Hervilly, guérie par lui d'une affection chronique vainement traitée jusqu'alors par les sommités allopathiques de Paris, s'éprit de son sauveur. Hahnemann était veuf depuis cinq ans et âgé de 80 ans; Mélanie d'Hervilly en avait 35. Ils se marièrent et les nouveaux conjoints (car je n'ose pas dire les jeunes mariés) vinrent se fixer à Paris. Sur ces entrefaites la renommée universelle d'Hahnemann avait attiré un nombre toujours croissant de visiteurs dont les hôteliers et les commerçants de Cœthen avaient bénéficié. Aussi, lorsqu'il eut résolu de venir en France, dut-il s'échapper nuitamment, sans cela on aurait tenté de le retenir par la force, de même qu'on avait brutalement essayé de l'empêcher de s'installer.

Les homœopathes, déjà nombreux à Paris, l'accueillirent à bras ouverts et lui, sensible à cet accueil, déclara loyalement qu'il adoptait la France comme sa seconde patrie : « J'aime, « dit-il, la France et son noble peuple si grand, si généreux, si « disposé à la réforme des abus, à l'adoption du nouveau et du « mieux ; cette prédilection vient encore de s'augmenter dans « mon cœur par mon mariage avec une Française digne de son « pays (1). »

Il vécut encore huit ans au milieu de nous, dans une maison qui existe encore et qui est située rue de Milan, n° 3. C'est là qu'il termina, le 4 juin 1843, son existence si longue et si bien remplie.

(1) Lettre à la Société gallicane homœopathique, *L. C.*, t. II, p. 304.

LES PARTICULARITÉS DU CHANCRE MOU DES DOIGTS

M. Groleau a publié sous ce nom une thèse inaugurable très intéressante.

Les chancres mous des doigts sont assez rares, on en trouve 1 sur 351 cas d'après les statistiques rapportées par M. Groleau. La cause la plus fréquente est une auto-inoculation au moment des pansements.

Sur 17 chancres des doigts, on trouve comme siège :

L'index, 10 fois;

Le pouce, 2 fois ;

Le médius, 2 fois ;

L'annulaire, 2 fois ;

Et l'auriculaire, 1 fois;

Ce chancre peut se présenter sous plusieurs formes diverses ; il a quelquefois les caractères ordinaires du chancre mou ; il peut, et cela est encore assez fréquent, simuler un panaris superficiel, une tourniole, et peut avoir l'aspect d'une brûlure dont on aurait enlevé la phlyctène, une engelure ulcérée.

Cet aspect insolite, ce siège particulier peut faire errer le diagnostic ; d'une façon générale les seuls caractères de l'ulcération ne suffisent pas à en faire reconnaître la nature.

Le chancre mou des doigts occasionne quelquefois des douleurs très vives, jusqu'au point d'empêcher le sommeil. Il provoque souvent des adénites, surtout l'adénite épitrochléenne ce qui existe moins fréquemment à la suite des plaies simples de la main.

Cette thèse, quoique traitant un sujet un peu spécial, est très intéressante à consulter.

MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

LE PERIPLOCA GRÆCA COMME MÉDICAMENT CARDIAQUE

Cette plante, sur laquelle MM. Leman et Bourjinsky viennent de publier dans le *Wratch* une étude très détaillée, appartient à la famille des asclépiadées et se rencontre surtout sur les bords de la Méditerranée et de la mer Noire. Son écorce contient le principe actif que les auteurs désignent sous le nom de périplocine et qui possède une action spécifique très toxique. Elle se présente sous forme d'aiguilles prismatiques incolores et transparentes, formant des rosettes et ou demi-rosettes, est insoluble dans le benzol et l'éther de naphte, à peine soluble dans l'éther et le chloroforme, moins soluble dans l'eau bouillante que dans l'eau froide, facilement soluble dans l'alcool éthylique ou amylique. Si l'on chauffe les cristaux sur une plaque de platine ils fondent d'abord puis dégagent des vapeurs blanches d'odeur indéfinie et enfin s'enflamment et brûlent avec une flamme jaune donnant beaucoup de fumée et dégageant l'odeur de goudron. La formule de la périplocine cristallisée séchée à 100° paraît être 6 ($C^5H^8O^2$) $= C^{30}H^{48}O^{12}$. Le principal produit de dédoublement du glucoside de la périplocine, que les auteurs désignent sous le nom de périplogénine, est cristallisable et presque insoluble dans l'eau.

Par la façon dont elle se comporte vis-à-vis des principaux réactifs, la périplocine diffère complètement des produits extraits des autres plantes de la famille des asclé-

piadées (asclépiadine, asclépione, cynonchine, condurangium), des glycosides de la digitale et de quelques apocynacées.

Recherches physiologiques. — Les expériences faites sur les grenouilles avec l'extrait de periploca ont démontré qu'il agit surtout sur le cœur et peut-être aussi sur la respiration. L'injection de quelques milligrammes de cet extrait amenait l'accélération de la respiration qui se ralentissait ensuite et bientôt s'arrêtait complètement. A une courte période d'excitation générale faisait suite un repos complet ; l'animal ne bougeait plus et respirait à peine. Si l'on examine le cœur après l'arrêt de la respiration on constate que le cœur ne se contracte plus et répond à peine à l'irritation mécanique. L'examen avec le courant électrique a démontré dans le cœur de l'animal les mêmes modifications qu'y produisent en général les médicaments cardiaques.

Les expériences sur les animaux à sang chaud ont confirmé les données précédentes ; la pression augmentait d'abord considérablement, pendant que le pouls se ralentissait notablement et que chaque ondée était cinq à six fois plus élevée qu'à l'état normal. Cet état est bientôt remplacé par une exagération très prononcée de la tension et l'accélération du pouls qui devient incomptable ; puis la pression tombe de nouveau et atteint zéro, tandis que les battements cardiaques se ralentissent. Si pendant ce stade on provoque, à travers la cage thoracique, les contractions du cœur, la pression remonte ; sa chute est donc liée à l'arrêt du cœur ; 20 centigrammes de l'extrait tuèrent un chien de taille moyenne en quatre minutes ; 2 centigrammes de cet extrait amenèrent également l'empoisonnement complet mais d'une façon assez lente

pour permettre d'en étudier tous les stades; 4 centigrammes tuent un chien de 5 à 10 kilogrammes en une heure et demie ; le cœur s'arrête en diastole.

Le poison ne paraît pas agir sur le centre d'arrêt périphérique ; si l'on introduit dans l'organisme de l'atropine avant d'y injecter la périplocine, celle-ci ne produit plus d'arrêt du cœur ; la pression s'élève alors graduellement ; le nombre de contractions cardiaques augmente, mais l'auteur n'a encore pu se rendre bien compte si l'extrait de periploca a une action sur les centres accélérateurs du cœur, les expériences à ce sujet n'étant pas encore complètement terminées. Toujours est-il que l'auteur peut d'ores et déjà affirmer que, même chez l'animal atropinisé, l'extrait de périplocine accélère les battements cardiaques, par excitation des centres vaso-moteurs bulbo-médullaires. Si l'on produit une section de la moelle au niveau du collet du bulbe, on n'empêche pas ainsi l'élévation de la pression ; mais si l'on sectionne en même temps les filets abdominaux la pression ne s'élève presque pas. D'autres expériences démontrent que la chute de la pression est due à l'excitation exagérée des filets du pneumogastrique et non à la paralysie des centres vaso-moteurs.

La périplocine extraite par M. Leman du periploca a donné absolument les mêmes résultats que l'extrait ; c'est donc à ce glucoside que le periploca doit son action. L'injection intra-veineuse de 1 milligramme de périplocine produit les phénomènes d'intoxication. Ayant constaté que cette substance avait une action particulière les auteurs ont institué une série d'expériences sur des animaux morphinisés afin d'étudier plus intimement cette action.

Après injection de 2 centigrammes d'extrait ou 1 milligramme de périplocine, le nombre de mouvements respi-

ratoires ne change pas tout d'abord ou bien diminue très légèrement, pendant que les mouvements du cœur se ralentissent et que la pression s'élève. Puis la respiration devient de plus en plus fréquente en même temps que la quantité d'air expiré augmente (quoique moins régulièrement). L'accélération de la respiration ne paraît pas être en rapport avec la fréquence des battements du cœur, car si le poison agit lentement on peut constater l'accélération de la respiration pendant que les contractions du cœur sont encore ralenties. A la fin de l'expérience, lorsque le cœur s'arrête complètement et que la pression est à zéro, la respiration continue encore pendant deux à trois minutes, et la quantité d'air chassée par chaque expiration est alors très considérable.

L'atropinisation préalable ne modifie pas ces résultats tandis que la section des sympathiques affaiblit ou arrête complètement l'accélération de la respiration sans empêcher l'augmentation de la quantité d'air expirée ; si après la section l'intoxication se fait lentement, on peut observer la respiration de Cheyne-Stokes ; la quantité d'air expirée en une minute double ou triple, tandis que le nombre de mouvements respiratoires devient six à sept fois plus fréquent. La périplocine est donc un excitant du centre respiratoire.

Une autre série d'expériences a démontré que la périplocine arrête la sécrétion rénale ou en tout cas l'enraye notablement ; cette action coïncidait avec l'élévation de la pression ; celle-ci se faisait surtout aux dépens des vaisseaux abdominaux ; si, à l'aide du chloral, on faisait tomber la pression à la normale, les fonctions des reins se rétablissaient. Aussi les auteurs concluent-ils que la périplocine activera la sécrétion rénale chez les sujets chez lesquels la

faible pression sanguine provoque une diminution de la sécrétion rénale. En quantité modérée elle élèvera, dans l'insuffisance cardiaque, la pression générale et aura une action diurétique. Mais si la pression est encore assez élevée et qu'il y ait des œdèmes, comme par exemple chez les néphrétiques, la périplocine n'aura pas d'effets favorables.

Ainsi donc il résulte des nombreuses expériences des auteurs que le periploca græca contient un poison cardiaque violent pouvant provoquer les mêmes modifications dans l'activité cardiaque et la pression sanguine que les substances connues sous le nom de médicaments cardiaques. Le periploca peut donc être employé dans certains cas d'insuffisance cardiaque. En doses relativement faibles le periploca excite le centre respiratoire et aussi celui des mouvements de vomissement; le centre nauséeux est surtout excité lorsqu'on introduit une quantité un peu considérable d'extrait sous la peau.

L'atropine paraît être l'antidote de la périplocine pendant le premier degré de son action.

Les injections sous-cutanées ne produisent pas, du moins chez les animaux, d'irritation locale de la peau au niveau de l'injection. Aussi pourra-t-on l'employer, probablement, en injection hypodermique. Les auteurs n'ont encore pu étudier l'action accumulative de la périplocine. (*Médecine moderne*, 22 août.)

TRAITEMENT DU CANCER PAR LE CHELIDONIUM MAJUS

Un médecin russe, le Dr Denisenko, conseille le traitement suivant qui lui aurait très bien réussi chez les cancéreux :

Le malade prend chaque jour de 1 gr. 50 centigrammes à 5 grammes d'extrait de grande chélidoine dissous dans de l'eau distillée ordinaire ou dans de l'hydrolat de menthe poivrée. En outre, on injecte dans l'épaisseur de la tumeur, à la limite des tissus néoplasiques et des tissus sains, un mélange à parties égales d'extrait de chélidoine, de glycérine et d'eau distillée ; on injecte chaque fois environ 1 centimètre cube réparti en plusieurs piqûres. Enfin, la surface du néoplasme, lorsqu'elle est ulcérée, est badigeonnée deux fois par jour avec un liquide composé de 1 ou 2 parties d'extrait de chélidoine et de une partie de glycérine.

L'usage interne de l'extrait est généralement bien supporté, de même que les badigeonnages, qui ne déterminent qu'une sensation passagère de cuisson. Quant aux injections, elles provoquent, outre une douleur cuisante au niveau des piqûres, une sensation de faiblesse, des frissons et une fièvre de 38° à 39°. Ces phénomènes débutent quinze à trente minutes après l'injection ; le lendemain ils sont déjà dissipés. Quoi qu'il en soit, les injections d'extrait de chélidoine doivent être maniées avec prudence et dosées suivant la susceptibilité du malade.

D'après M. Denisenko, les effets thérapeutiques de ce traitement se manifesteraient, dès les premiers jours, par la disparition de la teinte terreuse des téguments et le ramollissement de la tumeur. Au bout de trois à cinq jours, il se forme au niveau des piqûres des fistules autour desquelles on voit la tumeur fondre avec rapidité. En quinze à vingt-cinq jours il se produit une démarcation entre le néoplasme et les parties saines, le volume de la tumeur diminue de moitié et les tuméfactions des ganglions lymphatiques voisins disparaissent. (*Semaine médicale*, 15 *août*.)

ARSÉNITE DE CUIVRE DANS LE CHOLÉRA INFANTILE

Voici un traitement du choléra infantile que nous pouvons réclamer comme dépendant de la thérapeutique homœopathique : l'arsenic et le cuivre produisent tous les deux une diarrhée cholériforme ; ils sont compris tous les deux dans les quatre médicaments indiqués depuis Hahnemann dans le traitement du choléra ; en outre les doses indiquées par la *Semaine médicale* correspondent à notre troisième trituration décimale.

Arsénite de cuivre. . . . 1 milligr. à 1 milligr. 1/2.
Sucre de lait. . . . . Q. S.

Mêlez et divisez en seize paquets. — Donner d'abord un paquet d'heure en heure, puis, lorsque les troubles morbides se seront suffisamment amendés, un paquet toutes les deux ou trois heures.

L'arsénite de cuivre, préconisé par M. le Dr J. Aulde (de Philadelphie) pour le traitement des diverses maladies infectieuses du tube digestif, constituerait, d'après l'expérience de M. le Dr Krüger (d'Osnabruck), un moyen vraiment héroïque contre la diarrhée infantile. Son action bactéricide est si puissante qu'après quelques prises du médicament les vomissements cessent et la diarrhée s'amende. 1 milligramme d'arsénite de cuivre administré en vingt-quatre heures aurait pour effet, dans la majorité des cas, de mettre l'enfant hors de tout danger, et ce n'est que rarement qu'on se verrait obligé, pour obtenir la guérison, d'en faire ingérer une quantité totale de 2 à 3 milligrammes. L'arsénite de cuivre n'échouerait dans la diarrhée infantile que lorsqu'on a commencé à l'employer trop tardivement, quand l'intoxication par les pro-

duits microbiens est déjà si profonde que l'action bactéricide exercée par le médicament au niveau du tube intestinal ne peut désormais sauver le petit malade. (*Semaine médicale*, 29 juillet.)

ACTION DU SÉRUM ANTIDIPHTÉRITIQUE ET DU SÉRUM ORDINAIRE DU CHEVAL SUR LES INDIVIDUS NON ATTEINTS DE DIPHTÉRIE.

Nous empruntons au *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* (2 avril) les expériences suivantes du Dr Johannessen (de Christiania).

L'auteur ayant fait des injections préventives du sérum antidiphtérique dans sa clinique, a voulu comparer son action avec celle du sérum normal de chevaux non immunisés.

Première série d'expériences. — Injections préventives du sérum antidiphtérique de Roux à 41 personnes de la clinique : 33 enfants âgés de 3 mois à 12 ans, atteints d'affections diverses, à l'exclusion de la diphtérie; sept surveillantes adultes et parfaitement saines et une personne adulte atteinte de chorée.

Les deux premiers jours qui suivirent les injections, on prenait la température toutes les deux heures : or six seulement (dont trois tuberculeux) présentèrent une élévation passagère de la température, dont le maximum fut 38°6; chez huit autres qui présentaient de l'hyperthermie, celle-ci existait avant les injections. 31 malades présentèrent, deux à seize jours après les injections, des éruptions cutanées sous forme de petites taches, papules, vésicules, urticaire ou érythème généralisé,

accompagnées d'une légère élévation de température et une fois d'une diarrhée assez forte. Ces 31 malades se décomposent ainsi : 6 tuberculeux, 3 suspects de tuberculose, 13 enfants non tuberculeux et 7 adultes sains. Chez 4, l'éruption a récidivé les 5ᵉ, 6ᵉ, 10ᵉ et 26ᵉ jours. Une fois l'éruption a reparu pour la troisième fois, au bout de quatorze jours avec forte fièvre : une autre fois elle fut hémorrhagique. Toutes les surveillantes (au nombre de 7) et 3 enfants, présentèrent, après quatre à quatorze jours, des douleurs et tuméfactions articulaires, suivies d'une lassitude générale. Une seule malade, une fillette de 9 ans, qui est entrée pour des accidents hystériques, a présenté de l'albuminurie et de l'hématurie (3 0/00 d'albumine).

Tous ces accidents ne paraissaient nullement être en rapport avec la quantité du sérum injecté, puisqu'ils étaient aussi intenses avec la dose de 10 centimètres cubes qu'avec la dose double de 20 centimètres cubes.

Deuxième série d'expériences. — Injection du sérum de cheval normal à une femme adulte et à 20 enfants âgés de 7 mois à 12 ans, parmi lesquels 4 tuberculeux et 2 suspects de tuberculose. La dose de sérum était de 2 à 10 centimètres cubes, dans un seul cas elle fut de 15 centimètres cubes. Huit, dont 1 tuberculeux et 2 suspects de tuberculose présentèrent cinq à treize heures après l'injection une élévation de température allant jusqu'à 38°7 au maximum et qui se maintenait pendant deux à douze heures.

12 injectés présentèrent de l'exanthème, sous forme d'érythème confluent, accompagné quelquefois de prurit; généralement l'éruption apparaissait les trois à onze jours qui suivaient les injections, trois fois elle a apparu le

jour même de ces injections; elle se maintenait généralement un à trois jours. On a également observé des récidives (4 fois), des douleurs articulaires, de la faiblesse générale, etc. Chez une fillette de 6 ans, atteinte de lupus, il y avait de l'élévation de la température, de l'érythème généralisé et de l'albuminurie.

La quantité du sérum injecté ne paraissait avoir aucune influence sur la gravité des accidents qui s'en suivirent.

Vu la similitude des accidents provoqués par les deux sérums, antidiphtérique (provenant des chevaux immunisés), l'auteur croit pouvoir pour le moment n'en tirer que la conclusion suivante :

Les accidents observés à la suite des injections antidiphtériques sont causés principalement par l'introduction dans la circulation d'un sérum d'une autre espèce animale peu assimilable. Comme conclusion pratique, on doit introduire le moins possible de sérum, l'injecter en solution très concentrée et s'abstenir complètement jusqu'à nouvel ordre, des injections préventives ou de ne faire celles-ci qu'avec la plus grande prudence.

Iodure de potassium en pilules (Lang).

Iodure de potassium	10	grammes.
Sucre de lait	5	—
Lanoline	3	—

Pour faire 50 pilules.

Ces pilules sont peu irritantes, mais il vaut mieux ne pas les prendre à jeun. La forme pilulaire est très com-

mode, parce qu'elle supprime le mauvais goût et rend le médicament plus facile à transporter, mais elle nécessite l'absorption d'une certaine quantité de liquide ou l'emploi au moment des repas. (*Mntsch. f. prakt. Dermat.* et *J. des malad. cutanées et syph.*).

Des injections sous-cutanées d'huile comme moyen d'alimentation chez les malades épuisés.

Deux confrères hongrois, MM. les Drs Z. Donogány et A. Hasenfeld (de Budapest), ont eu l'occasion de traiter par des injections hypodermiques d'huile d'olive stérilisée quatre malade dans un état d'épuisement extrême (un cancéreux, deux tuberculeux et une hystérique). Ces injections ont été pratiquées, avec toute les précautions aseptiques nécessaires, aux membres et à l'abdomen. La quantité d'huile injectée en une fois a varié de 10 à 50 grammes; le liquide était absorbé au bout de quelques heures sans produire aucun trouble d'ordre local ou général. Sous l'influence de ce traitement. MM. Donogany et Hasenfeld ont noté chez les malades en expérience soit une augmentation manifeste du poids du corps, soit un arrêt dans la marche progressive de l'émaciation. (*Semaine médicale*, 19 février.)

Traitement de l'alcoolisme par du sérum de chiens alcoolisés

M. Toulouse, partant de cette idée que certaines maladies infectieuses, en se développant chez un sujet, ren-

dent ses humeurs réfractaires à une nouvelle atteinte du poison, a pensé que l'intoxication à haute dose par l'alcool pouvait éveiller une défense de l'organisme et provoquer peut-être la sécrétion de produits capables de s'opposer d'une manière quelconque à l'action de ce toxique. Pour vérifier cette hypothèse, il a fait absorber à deux chiens 40 grammes d'alcool éthylique par jour, durant une semaine. Ayant ensuite recueilli une certaine quantité du sérum de ces animaux, il en a injecté 24 centimètres cubes, en trois fois, dans la même journée, à un sujet atteint de délire alcoolique aigu. Dès le lendemain, la fièvre tombait et le malade devenait lucide. (*Semaine médicale*, 1er avril.)

INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE TRIONAL

M. le Dr N. Gierlich (de Wiesbaden) a observé un cas d'intoxication chronique par le trional, remarquable en ce sens que les phénomènes toxiques ont revêtu un aspect clinique assez semblable à celui de la paralysie générale.

Il s'agissait d'un homme de 44 ans, devenu morphinomane à la suite d'un accès de colique néphrétique ayant nécessité l'administration sous-cutanée de la morphine. Pour combattre l'insomnie dont souffrait le sujet, il lui fut ordonné de prendre au coucher 1 gr. 50 de trional. Après avoir absorbé en cinquante-six jours 84 grammes de ce médicament, le malade commença à présenter une démarche titubante, du tremblement des membres à l'occasion des mouvements intentionnels, ainsi que de la trémulation fibrillaire de la langue. Sa parole était traî-

nante, bredouillante ; le malade omettait en parlant des syllabes et des mots entiers. L'écriture était devenue indéchiffrable et on notait un affaiblissement considérable de la mémoire. Le patient se trouvait dans un état permanent d'apathie et de mélancolie, entrecoupé parfois de courts accès d'excitation et de colère. Les urines étaient normales.

L'usage du trional ayant été suspendu, tous les phénomènes morbides se dissipèrent progressivement.

Cette observation est de nature à engager une fois de plus les praticiens à être circonspects dans l'emploi du trional et notamment dans l'administration prolongée de ce médicament, laquelle devra être entrecoupée par des intervalles de plusieurs jours de repos. (*Semaine médicale*, 5 sept.)

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1896

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

NOTES CLINIQUES

Le service de l'hôpital Saint-Jacques, bien qu'assez peu chargé pendant les quelques semaines où j'y ai soigné les malades des salles, n'a pas laissé que de présenter un certain intérêt. Ce sont donc les cas intéressants que j'ai pu suivre que je rapporterai ici.

Mais je tiens d'abord à donner la statistique des malades que j'ai eus en traitement.

Au moment où j'ai pris le service, le 23 juillet dernier, il y avait à l'hôpital 15 malades : 6 hommes et 9 femmes.

Pendant mon séjour, c'est-à-dire jusqu'au 15 septembre, il est entré dans les salles 14 hommes et 15 femmes, ce qui fait un total de 44 malades auxquels j'ai dû donner mes soins.

Sur ces 44 malades, il est sorti de la salle des hommes 10 malades guéris, 2 améliorés, 1 stationnaire. Il y a eu 2 décès et 5 restaient en traitement au 15 septembre. De la salle des femmes, 7 malades sont sorties guéries, 2 améliorées, 3 stationnaires, 2 sont mortes, enfin 10 restaient en traitement quand j'ai quitté le service.

En présence de la mortalité très élevée que j'ai observée (4 morts pour 44 malades), j'ai hâte de donner les causes de ces décès. Le premier malade que j'ai perdu

était un cardiaque à la dernière période de l'asystolie, qui est mort trois heures après ma première visite, et j'aurais quelques droits à le retrancher de ma statistique. Le deuxième décès survenu est celui d'une cancéreuse cachectique (épithélioma utérin) et les deux autres étaient des tuberculeux au dernier degré, qui se sont éteints par suite des progrès de leur maladie et sans avoir été enlevés par quelques complications.

Les guérisons dans le service des hommes se décomposent comme suit : 1 rétrécissement œsophagien, 2 maladies de cœur, 2 rhumatismes : l'un aigu, l'autre chronique, 2 pleurésies, 1 entérite aiguë, 1 gastralgie, 1 oreillons ; 2 malades ont été améliorés, 1 tuberculeux et 1 rhumatisant ; 1 tuberculeux est sorti stationnaire. Quant aux malades encore en traitement, c'était : 1 tuberculeux avec phosphaturie, 1 contusion, 1 phlébite, 1 pleurésie en bonne voie de guérison et 1 gastrite.

Pour le service des femmes, les guérisons sont : 1 hystérique, 1 scarlatine, 1 phlébite, 1 érysipèle de la face, 1 diphtérie, 1 pleurésie et 1 abcès pneumo-pleural. 2 améliorations ont été constatées : sur 1 hystérique et 1 névropathe. Les malades stationnaires étaient 1 tuberculeuse, 1 névropathe et 1 diabétique. Enfin, il restait en traitement : 1 ulcère de jambe, 1 ictère émotionnel, 1 épithélioma de la paupière inférieure, 3 tuberculeuses, 1 coqueluche, 1 cardiaque avec ascite, 1 névropathe et 1 fistule stercorale consécutive à l'ablation d'un fibrome utérin.

1re Obs. — *Double rétrécissement de l'œsophage.* (Recueillie par M. Jolly, interne de service.)

Le nommé X..., colporteur, âgé de 42 ans, entre dans le service du Dr Tessier le 20 juillet 1896.

Antécédents. — Père mort d'une gastrite (?) à l'âge de 38 ans. Mère morte de tuberculose.

A l'âge de 21 ans, le malade eut un chancre à la verge dont la cicatrice cratériforme est en avant de la rainure balano-préputiale, et occupe presque toute la face antérieure du gland. Il fut soigné à l'iodure de potassium et au mercure. Il ne présenta d'accidents ni secondaires, ni tertiaires (autres que celui pour lequel il entre à l'hôpital).

A l'âge de 25 ans, fièvre typhoïde, à la suite de laquelle ses cheveux se mirent à tomber.

En 1883, à la suite d'un éboulement dans une mine, il eut une ostéo-périostite des côtes droites. (Les cicatrices en sont visibles près du sternum, et le long du rachis.)

En février dernier, à la suite d'un refroidissement, il contracta une bronchite, pour laquelle il fut soigné à Nanterre d'abord, à Broussais ensuite.

Dès la fin de février, presque soudain, il s'aperçut d'une grande gêne dans la déglutition. La dysphagie s'établit rapidement. Les aliments solides passèrent avec difficulté, puis les liquides. En avalant, il sentait un arrêt, puis, à la suite d'efforts répétés autant que douloureux, les aliments passaient d'un seul bloc, ou bien étaient rejetés par une véritable regurgitation (voie buccale ou voie nasale). Le malade insiste sur les glous-glous causés par le passage des aliments à la suite des efforts.

La dysphagie alla en croissant.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, l'olive œsophagienne (avant-dernier numéro de la filière) est introduite. On perçoit deux rétrécissements très nets avec ressauts caractéristiques. Le premier rétrécissement, beaucoup moins serré que l'inférieur, siège à environ 20 centimètres de l'arcade dentaire, et le deuxième à 45 centimètres.

Le lendemain, l'olive du numéro immédiatment supérieur passe assez facilement deux fois de suite. Le malade avale un peu mieux.

Le 23. L'olive de numéro supérieur a été introduite par le Dr Nimier. Le malade avale assez bien du pain trempé. Les liquides provoquent parfois des accès de toux.

Le 25. Apis mel. 6e, X gouttes. Le premier rétrécissement est très aisément franchi par l'avant-dernière olive. Le deuxième est un peu plus étroit. Le malade avale mieux.

Le 27. Apis mel. 6e, X gouttes.

Le 31. L'olive n° 4 est toujours introduite deux fois par jour, à 8 heures et à 3 heures 1/2.

Le malade avale bien les liquides. Les olives provoquent de la douleur au rétrécissement inférieur. Pas de regurgitation.

1er Août. Apis mellifica 6e, X gouttes.

L'olive n° 5 franchit très bien le rétrécissement supérieur, mais est arrêtée au second, où sa présence (par pression continue) provoque au bout d'une dizaine de secondes des quintes de toux qui nécessitent le retrait de l'instrument.

Jusqu'au 5, même cathétérisme et même traitement interne.

Le 5. La baleine usée et menaçant rupture est envoyée au fabricant. Même traitement interne.

Le 10. Le n° 4 passe très facilement au delà des deux rétrécissements. Le malade avale de mieux en mieux et a beaucoup engraissé.

Le n° 5 ne peut se visser à l'extrémité du cathéter et est porté à la réparation.

Le 20. L'olive n° 5 franchit le rétrécissement supérieur, mais est étroitement serrée par le second, où il provoque des accès de toux. Elle y est gardée le plus longtemps possible (1/2 minute environ). Le lendemain, cette grosse olive pénètre facilement le deuxième rétrécissement.

Jusqu'à son départ, qui s'est effectué le 31, le malade a mangé toutes sortes de viandes avec presque égale facilité. Toujours même traitement interne. Il sort très amélioré avec un tube d'apis 6e, et a promis de venir se faire tous les quinze jours cathéteriser l'œsophage.

Il est intéressant de voir dans cette observation combien la dilatation avec les olives œsophagiennes a été facilement obtenue. Bien qu'à deux reprises cette dilatation ait dû être suspendue par suite d'accidents arrivés au cathéter, chaque fois qu'elle a été reprise, c'est-à-dire au bout de plusieurs jours, on a pu constater que le gain obtenu dans l'élargissement des structures s'était maintenu. Je ne doute pas qu'apis mellifica n'ait puissamment contribué au bon résultat que nous avons obtenu dans ce cas. Nous avions évidemment affaire à des rétrécissements de nature syphilitique, qui auraient sans doute cédé à l'iodure de potassium, mais apis était bien indiquée, j'ai voulu l'essayer et le résultat m'a encouragé à le continuer.

IIe. Obs. — *Pleurésie.* (Recueillie par M. Jolly, interne de service.) Bien que le malade ait reçu pour commencer les bons soins du Dr Tessier, nous donnerons son observation en entier.

Le nommé X.., âgé de 46 ans, concierge, entré à l'hôpital Saint-Jacques le 7 juillet 1896.

Antécédents. — Père (72 ans) et mère (71 ans), très bien portants. Dans l'adolescence, dit-il, il n'eut aucune maladie aiguë.

Pendant tout le mois de juin dernier, le malade qui se livrait à de durs travaux, se sentait tous les soirs fatigué plus que de coutume, et était obligé de se coucher sans dîner, avec une céphalée atroce, et des sueurs très abondantes.

Le 21 juin, se sentant plus mal, avec des frissons, un point de côté à la base droite en avant, il s'alita. La fièvre s'alluma, tenace. Céphalalgie, dyspnée, insomnie, frissons, point de côté très douloureux et toux sèche très fatiguante, tels furent les symptômes qu'il présenta dès le début de son affection. Il entre à l'hôpital Saint-Jacques, le 7 juillet, 13 jours après le commencement de sa maladie (?)

Etat actuel. — T. 40° le soir de son entrée. Point de côté, à la base thoracique, à droite et en avant. Dyspnée, céphalée. Quintes de toux sèche ; sueurs nocturnes, crachats muqueux, aérés, nageant dans un liquide un peu filant.

Poumons. — *A gauche*, rien d'anormal à la percussion et à la palpation. Respiration forte de suppléance.

A droite. — Voussure thoracique trèsmarquée, vibrations thoraciques abolies. A l'*auscultation*, inspiration *presque nulle* ; expiration diminuée voilée par un souffle humé en voyelles, à la hauteur de l'angle inférieur de l'omoplate, niveau de l'épanchement.

Bryonia 6°........... X gouttes.
Cantharis 6°.......... X gouttes.

Du 8 au 13, 38° le matin et 39 le soir. Dyspnée toujours accentuée. Céphalée en barre. Insomnie tenace.

Aconit θ............ XII gouttes.

Le 16. Temp. 38°5. Le niveau liquidien étant parvenu

à l'épine de l'omoplate, une ponction est faite avec l'appareil de Duguay. Un bouchon fibrineux de la plèvre ayant obstrué la canule, on ne peut extraire que 12 grammes d'un liquide citrin.

Cantharis 1re....... X gouttes.

18. — 38°1 et 39°3, Dyspnée moindre. L'insomnie persiste.

Bryone θ.............. X gouttes.
Cantharis θ........... III gouttes.

19. — 38°5 le matin. Une ponction est faite avec le même appareil et donne issue à 1 litre de liquide verdâtre, très peu filant, dans lequel l'examen microscopique démontre la présence de globules de pus et l'absence de bacilles de Koch. Respiration plus aisée.

21. — 38°2 le matin et le soir. L'insomnie persiste, mais la dyspnée est très peu accentuée et le point de côté à disparu. Sueurs nocturnes.

Bryone θ........... X gouttes.
Cantharis θ......... III gouttes.

23. — 37°5 le matin et 38°5 le soir, à la suite de la visite de la famille. Appétit accentué. Bouillon et potages.

Cantharis θ .... III gouttes.

27. — 37°3 et 38°2. Respiration facile. Encore l'insomnie et les sueurs.

Cantharis 6e............. X gouttes.

30. — 37° et 37°,8. Mieux peu sensible. Le malade commence à s'alimenter. Même traitement.

1er août. — Le niveau de l'épanchement reste stationnaire. Plus de quintes de toux. 37°4 et 38°. Senega 12e.

4. — Le niveau du liquide a diminué, on perçoit les vibrations thoraciques presque partout.

Senega 12e
Coffea 12e pour la nuit.

7. — 37°2 et 38e. Le malade dort mieux, et ne tousse plus le soir. Un peu de pesanteur à l'estomac après le repas.

Carbo vegétab. 12e.......... X gouttes.
Senega 12e.......... X gouttes.

11. — Le malade a le matin 37°2 et 37°6 le soir. Il prend du bouillon et des œufs et une côtelette.

Hepar sulf. 12e........ X gouttes.
Ignatia 30e............. X gouttes.

Respiration très aisée.

14. — Quelques douleurs au côté droit et diarrhée. T. 37°2 et 38°.

Reum θ............... V gouttes.
Hepar sulf. 12e...... X gouttes.

17. — 37° et 37°,5. Le malade se lève, plus de dyspnée, plus de toux.

Hepar sulfuris 12e........... X gouttes.

Même traitement jusqu'à la sortie qui à lieu le 27. Pendant tout ce temps la température était de 37° et de 37°2 ou 37°5 le soir. Le malade s'alimentait normalement, marchait dans la salle, et ne se plaignait plus que d'un peu d'insomnie. A l'auscultation il y avait encore quelques frottements à la base et un peu de matité, mais les vibrations thoraciques étaient bien nettes partout.

Ce malade a présenté plusieurs particularités intéressantes. Ainsi, avec un épanchement considérable, il n'a jamais eu de dyspnée pendant que je l'ai suivi. Cantharis soit en teinture mère, soit en dilution n'a eu aucune influence sur son épanchement, que Senega 12e a

promptement amélioré. Il en a été de même chez une malade que j'ai trouvée en traitement depuis plusieurs semaines pour une pleurésie. Elle présentait des alternatives de mieux et d'aggravation malgré l'emploi de Cantharis et d'Hepar sulfuris. Senega l'a améliorée et guérie assez vivement. Je rapprocherai de ces deux cas de pleurésie, un autre que j'ai observé dans le service des hommes. Ce malade a présenté un épanchement très abondant, avec souffle dans toute l'étendue de la poitrine à droite, matité complète même sous la clavicule et disparition absolue des vibrations thoraciques. Dans ce cas Cantharis θ, d'abord une goutte puis IV gouttes a rapidement amené la disparition de l'épanchement. Sous l'influence de ce médicament, le malade émettait trois litres d'urine dans les vingt-quatre heures.

III. Obs. — ***Abcès pneumo-thoracique.*** **— (Recueillie par M. Aubinière, interne du service.)**

Suzanne X.., âgée de 7 ans, entre à Saint-Jacques le 30 juillet 1896.

Antécédents. — Père et mère bien portants. La malade n'a jamais eu de maladie aiguë. Il y a trois mois, étant à la Celle St-Cloud, l'enfant jouait dans un champ avec ses petites compagnes. Elle tenait à la bouche un épi d'Hordeum vulgaire, communément appelé *voleur*, lorsqu'elle reçut un coup dans le dos à l'improviste. La peur lui fit avaler l'épillet qui pénétra dans la glotte. Les efforts de toux causés par la suffocation, loin de faire rejetter le corps étranger au dehors, eurent pour résultat de le faire progresser dans les voies respiratoires. Ces quintes de toux s'accompagnant de cyanose par moments, durèrent

deux ou trois heures, puis tout rentra dans l'ordre. A ce moment, on ignorait que l'enfant eût avalé l'épi.

Deux mois après, des quintes de toux, accompagnées de fièvre, de point de côté à gauche et de dyspnée, apparurent. Le médecin appelé diagnostiqua d'abord une bronchite, puis une pleurésie. La petite malade fut donc soignée pendant un mois pour ces deux affections. Mais il y a quinze jours, à la suite d'un mouvement fébrile plus accentué, apparut un nouveau symptôme : une tuméfaction avec rougeur à l'avant-dernier espace intercostal gauche sur la ligne axillaire. La tuméfaction, devenue nettement fluctuante, fut ponctionnée par le médecin. Il en sortit un peu de pus. Le lendemain, un peu en avant de la plaie chirurgicale et au même niveau, apparut un point jaunâtre, tuméfié, qui s'ouvrit, donnant issue le surlendemain matin à une tige végétale. La religieuse qui soignait la petite malade en tirant sur cette tige enleva l'épillet qui avait été avalé trois mois avant et il s'écoula un flot de pus. Trois jours après la malade était envoyé à l'hôpital Saint Jacques par son médecin qui croyait une opération nécessaire pour guérir la petite malade.

A ma visite le lendemain matin, j'examine la malade, enfant brune, un peu chétive, ne présentant pas de fièvre, ayant bon appétit et bon sommeil et toussant seulement un peu au dire de la sœur de la salle. Elle présente sur la ligne axillaire gauche à l'avant-dernier espace intercostal un petit point blanchâtre de cicatrisation, orifice de sortie de l'épillet. Un peu en arrière, au même niveau, un bourgeon charnu, dernier vestige de l'incision faite par le médecin, laisse suinter un liquide un peu séreux. A la percussion on trouve un peu de submatité à la base gauche et dans l'aisselle du même côté. A l'auscultation,

la respiration présente des râles de bronchite des deux côtés de la poitrine. Aux alentours de la petite plaie qui est légèrement tuméfiée, l'expiration et l'inspiration sont moins perceptibles.

En présence de cet état, j'éloigne toute idée d'opération et institue le traitement d'hepar sulf. et Silicea 12e dil. avec pansement à la gaze salolée. Le lendemain, la petite malade se lève, mange avec appétit et dit n'éprouver aucune gêne.

Les jours suivants, à l'auscultation, les râles de bronchite disparaissent complètement. La matité diminue et se localise autour de la plaie dans un espace large comme une pièce de 5 francs. Deux jours après on ne constate plus de matité. La petite plaie ne laisse plus suinter aucun liquide. Quelques attouchements au nitrate d'argent font disparaître le bourgeon charnu de la plaie un peu trop saillant.

La petite malade sort le 8 août. A ce moment, il n'y a plus de matité, la respiration est normale partout, même en auscultant au niveau des cicatrices.

J'ai revu l'enfant huit jours après, elle était tout à fait bien.

Voilà certes un cas bien curieux et croyons-nous assez rare de migration d'un corps étranger à travers les voies respiratoires. L'épillet aura déterminé par sa présence un abcès du tissu pulmonaire qui s'est ouvert dans la plèvre et est ensuite venu se faire jour au dehors à travers un espace intercostal.

Les deux cardiaques que j'ai eu à soigner dans le service des hommes me sont arrivés tous deux en asystolie avec œdème des jambes et traces d'albumine dans les

urines. Digitalis 1/10 à la dose de 2 grammes par vingt-quatre heures et le régime lacté exclusif les ont promptement remis en état de reprendre leurs occupations.

J'ai trouvé en traitement un rhumatisme polyarticulaire aigu soigné par le Dr Tessier depuis le 20 juin. Ce malade avait été dans un état très inquiétant pendant plusieurs jours et n'avait dû son salut qu'au traitement énergique de notre confrère. Au 23 juillet, l'état du malade était le suivant : douleurs avec gonflement dans les poignets, endopéricardite avec souffle à tous les temps et à tous les orifices du cœur, tension artérielle très marquée, épanchement séreux dans la plèvre droite, phlegmatia *alba dolens* de la jambe gauche, enfin, large et très profonde eschare au sacrum. T. 37 le matin, 35°6 le soir. Traitement : Pulsatille et Cantharis 1re dil.

Le 24. Tension artérielle très marquée. Cactus θ. Puls. 3e dil. T. 37°1 m., 38° s.

Le 28. La tension artérielle a beaucoup diminué ; la phlébite va mieux ; l'œdème de la jambe a bien diminué; l'épanchement dans la plèvre est stationnaire. T. 37° m., 37°8 s. Apium virus 3e trit. Rhus tox. 3e trit.

Le 29. Diarrhée. Apium, Ipéca 3e trit.

Le 30. Apium China, 3e.

1er août. La diarrhée est terminée, on commence à entendre des frottements pleuraux, le malade se plaint de sueurs nocturnes. China-merc.-solubilis 3e.

Le 2. Les douleurs reviennent dans le poignet droit très gonflé et rouge. T. 38° m., 38°9 s. Aconit θ.

Le 3. *Id.* T. 37°8 m., 38°2 s.

Le 4. Le gonflement du poignet persiste et gagne l'épaule gauche, T. 38° m., 38° s. Acloea rac. 2e trit.

Le 5. Poignet moins enflé et moins douloureux mais la diarrhée est un peu revenue. Acloea 2e. Rheum t. m.

Le 6. Mieux de tout, Acloera seul.

Le 8. L'œdème et la douleur ont disparu du poignet et de l'épaule. Les frottements pleuraux sont plus gros. D'ailleurs l'eschare se comble sous l'influence du traitement local avec la poudre de quinquina. T. 36°9 m., 37° s. Même traitement.

Le 10. Le malade se trouve bien, il peut s'asseoir seul dans son lit, et n'a plus ni gonflement, ni douleur. On est obligé de modérer son appétit par suite de tendance à avoir de la diarrhée. Rhus tox.3e.

Le 14. Les douleurs tendent à revenir, poignet droit douloureux et gonflé. T. 37°6. M. 38°4 s. Acloera.

Le 15. Le malade va mieux. *Id.*

Le 17. L'amélioration s'est accentuée, le malade se lève et marche, bien que son eschare ne soit pas tout à fait guérie.

Le 19. Quelques douleurs erratiques pour lesquelles je lui donne Pulsatille 6e.

Le 27. Le malade va très bien et prend Sulfur 30e qu'il continue jusqu'à sa sortie le 5 septembre.

Je remarquerai surtout chez ce malade le bon effet de Cactus θ qui a amené une diminution notable de la tension artérielle si marquée chez lui. Je noterai aussi le résultat très satisfaisant que j'ai obtenu en lui donnant Acloera racemosa qui, à deux reprises, a eu l'air d'enrayer une nouvelle poussée aiguë du rhumatisme.

Le cas d'oreillons que j'ai observé se présentait chez un jeune et robuste garçon boucher. Il avait en même temps une complication d'orchite ourlienne. Pulsatille et Mercu-

rius solubilis à la 3e ont fait tous les frais du traitement. La température chez ce malade s'est élevée jusqu'à 40°2, puis il y a eu une défervescence brusque, le lendemain matin la température était à 36°4.

Les malheureux tuberculeux que j'ai eu à soigner étaient tous dans un état trop avancé pour qu'on pût espérer grand résultat des médicaments sur eux. J'ai noté cependant la diminution de la fièvre produite par Baptisia 1/10, mais l'effet ne persistait pas après quelques jours. Iodium 12e dil. a bien diminué les sueurs nocturnes chez certains d'entre eux. Dans un cas, nous avons vu se développer sous nos yeux chez un tuberculeux très avancé un diabète phosphaturique.

En quelques jours, le malade est arrivé à uriner 6 litres 1/2 d'urine dans les vingt-quatre heures. L'urine analysée avait une réaction alcaline, 1,006 de densité et le malade perdait 4 grammes d'acide phosphorique par vingt-quatre heures au lieu de 3 grammes chiffre moyen. Scilla maritima 2e dil. qui était indiqué non seulement par cette polyurie, mais encore par l'état de sa poitrine, a assez bien agi, car au bout de quatre jours de ce médicament, lorsque j'ai quitté le service, le malade n'urinait plus que 5 litres par vingt-quatre heures. Avant cette attaque de diabète le malade crachait très abondamment, son crachoir était rempli en vingt-quatre heures d'une espèce de purée jaunâtre très épaisse que Stannum 12e a fait considérablement diminuer.

Dans le service des femmes, nous avons eu peu de choses intéressantes à noter. Je citerai cependant une malade cardiaque avec cirrhose hépatique qui est à l'hôpital depuis deux ans. Les différents chefs de service ont

pu essayer sur elle tous les médicaments susceptibles de produire la diurèse. Quand j'ai commencé à la soigner elle urinait 1/2 litre par vingt-quatre heures bien qu'elle fût sous l'influence de la digitaline. Je lui ait fait prendre Merc. solubilis 3° trit. dont le Dr Marc Jousset a démontré le pouvoir diurétique dans ses expériences à l'hôpital de Bon-Secours. Je regrette que la quantité d'urine émise pendant le temps où elle prenait ce médicament n'ait pas été notée, mais l'urine avait augmenté et a atteint 1 l. 1/4. L'effet n'a pas persisté, j'ai ensuite donné la 2e trituration qui a produit un effet moindre et encore moins persistant. J'ai alors essayé Apocynum θ V gouttes qui a augmenté pas mal les urines; le 8 août, l'urine rediminuant je lui donne le même médicament à la 1re trit.; l'effet étant presque nul, je donne la 6e dil..

Le 12 août	—	1 l. 1/4	d'urine.
13	—	1 l. 3/4	—
14	—	1 l. 1/2	—
15	—	1 l.	—
16	—	1 l.	—
17	—	0 l. 75	; de nouveau Merc. sol. 3e dil.
18	—	0 l. 95	d'urine.
19	—	1 l.	—
20	—	1/2 l.	Phosphorus 12e dil.
21	—	1/2 l.	—
22	—	1/2 l.	—
23	—	1/2 l.	—
24	—	1/2 l.	devant l'échec de Phosphorus je reviens à Apocynum 6e dil.
25	—	1/2 l.	d'urine.
26	—	1 l.	—
27	—	1 l.	—

28	—	1 l.	—
29	—	1 l.	—
30	—	0 l. 95	—
31	—	1/2 l.	Apocynum 3e dil.
1er sept.		1 l.	d'urine.
2	—	3/4 l.	—
3	—	1/2 l.	—
4	—	1/2 l.	Digitalis 1/10 0 gr. 50.
5	—	1/2 l.	d'urine.
6	—	1/2 l.	—
7	—	3/4 l.	—
8	—	1 l.	—
9	—	1 l.	—
10	—	1 1/2	Ce jour on retire 11 litres de de liquide par la ponction de l'abdomen.
11	—	1 l.	d'urine.
12	—	1 l.	—
13	—	3/4 l.	—
14	—	1/2 l.	— Cantharis θ 1, goutte.
15	—	1/2 l.	— θ,2 —

Merc. solubilis a bien agi chez cette malade, mais son action a été de courte durée. Apocznum à différentes doses a mieux agi, mais son effet s'est usé également assez vite.

Je n'insisterai pas sur le cas de scarlatine qui était en convalescence, ni sur la diphthérie très bénigne que nous avons vue dans les salles et qui avait reçu une injection de sérum avant son entrée à l'hôpital.

Nous avons eu aussi un érysipèle de la face fort peu grave pour lequel Belladone et Apis mel. 6e ont fait tous les frais du traitement.

Enfin, le cas de diabète glycosurique que j'ai eu à traiter a présenté cette particularité de ne pas être influencé par le régime ni par les différents médicaments que j'ai essayés. A son entrée, la malade rendait 4 l. 1/2 d'urine par vingt-quatre heures, densité 1.030, 35 grammes de glycose par litre, pas d'albumine. Traitement Uranium nit. 3ᵉ trit., Ars. alb. 3ᵉ trit. Huit jours après elle rendait 4 litres d'urine par vingt-quatre heures, densité 1,035, glucose 50 grammes par litre. Traitement Curare 12ᵉ dil. Au bout de la semaine le résultat de l'analyse était le même. Je lui fis prendre alors du liquide pancréatique; malheureusement, je fus obligé au bout de quelques jours de renvoyer la malade de l'hôpital pour cause d'insurbordination, et je dois dire que, bien que la malade ait pris du lipuide pancréatique pendant sept jours, l'altération était la même, la quantité d'urine ne diminuait pas et je crains bien que le résultat de l'analyse n'eût pas été meilleur.

Pour terminer, je noterai un cas de rhumatisme blennorhagique que j'ai suivi à ma consultation de gynécologie et dans lequel salsaparilla 12ᵉ a agi merveilleusement.

Dʳ G. Nimier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LONDRES

2ᵉ *article.*

LE CHOIX DU MÉDICAMENT

Les deux mémoires suivants se rapportent à cette question :

Choix du médicament d'apres la succession des symptômes, par le Dʳ Ord, de Bournemouth.

Pouvons-nous prescrire homœopathiquement avec plus de succès en tenant strictement compte de l'état pathologique du malade? par le Dr Schley, de New-York.

Dans la courte discussion soulevée par ces deux travaux le Dr Hayward a donné un exemple qui prouve l'utilité de prendre en considération, dans le choix du médicament, la succession des symptômes; c'est celui de la pneumonie. L'un de ses principaux médicaments est le phosphore, parce que les effets pathogénétiques de ce corps et les accidents de la pneumonie se succèdent dans le même ordre. Le Dr Blackley cite un autre exemple dans lequel la succession des symptômes a eu une grande importance pour le diagnostic : il s'agit d'un saturnin, chez lequel on observait plusieurs signes de pleurésie, mais la succession des accidents différait de la marche habituelle de cette maladie et c'est ce qui mit le médecin sur la voie du diagnostic. Le Dr Ramsbotham fait remarquer que bien souvent nous tenons compte inconsciemment de la succession des symptômes dans le choix des médicaments. Le Dr Brazol ajoute que l'idéal serait de tenir compte à la fois et de la succession des symptômes et de l'état pathologique. Malheureusement il est rare, dans la pratique, de réunir ces deux conditions. Mais il ne faut pas perdre de vue que la thérapeutique basée sur la pathologie sera toujours mauvaise, parce qu'elle repose sur des hypothèses; elle nous ramènerait bien vite à la cure du nom, qu'Hahnemann a condamnée avec raison.

LA DOCTRINE DES MALADIES CHRONIQUES D'HAHNEMANN.

Mémoire du Dr Goldsbrough, dont voici le résumé :

I. — L'auteur cite des paragraphes du *Traité des maladies chroniques* pour indiquer le caractère de la théorie

d'Hahnemann relativement à l'origine miasmatique des maladies. Elle consiste à les considérer comme causées par trois miasmes, la syphilis, la sycose et la psore. Les effets des deux premiers sont assez bien définis et n'ont pas besoin d'être discutés séparément. Tout l'intérêt se concentre sur le troisième, la psore. Voici à quelles conclusions Hahnemann est arrivé :

1° La psore a été pendant des siècles la cause la plus puissante des maladies chroniques et elle a engendré des milliers d'affections aiguës et chroniques, qui ont passé pendant ce temps-là par des phases innombrables ;

2° Consécutivement à l'infection primitive et à l'apparition d'une éruption locale sur la peau, le miasme reste plus ou moins longtemps dans l'organisme ou se manifeste par certaines altérations bien définies de la santé, qui sont des indices de l'infection ;

3° La manifestation originelle de la maladie est une éruption pruriteuse causée par le contact avec le miasme. L'apparition de cette éruption primitive est précédée d'une période d'incubation ;

4° Beaucoup de maladies internes proviennent de ce qu'on a traité cette éruption comme une affection locale. D'autres sont le résultat de sa suppression par la frayeur, le froid, une maladie aiguë, etc. ;

5° Consécutivement le miasme développe ses nombreuses variétés de maladies chroniques, qui comprennent toutes les maladies non vénériennes.

II. — L'auteur cherche ensuite à interpréter le sens qu'Hahnemann donnait au mot psore. De son vivant, on désignait ainsi certaines formes de maladies cutanées, et le Dr Goldsbrough en tire cette conclusion qu'Hahnemann appliquait ce terme à toutes les inflammations chroniques

de l'épiderme et à quelques inflammations du derme. La gale était du nombre, mais Hahnemann n'a jamais considéré la gale comme synonyme de la psore.

Le sens qu'Hahnemann donnait au mot miasme est à peu près le même que celui que les pathologistes modernes attribuent au mot hétérotoxémie.

III. — Pour apprécier la théorie d'Hahnemann d'après les connaissancee pathologiques actuelles, il faut tenir compte :

a. De son point de vue scientifique.

b. De la théorie de l'infection.

c. De certains *facteurs biologiques généraux*, laissés de côté par Hahnemann.

d. De certains *facteurs biologiques speciaux* dont il n'a pas non plus tenu compte dans la production des maladies chroniques.

a. Le point de vue scientifique consiste à aborder le sujet atteint de maladie chronique en procédant du général au particulier plutôt que du particulier au général.

b. Dans sa théorie de l'infection Hahnemann a été le précurseur de la doctrine de l'infection par des microorganismes spécifiques.

c. Les facteurs biologiques généraux laissés de côté par Hahnemann sont l'hérédité et l'habitude. Il faut distinguer l'hérédité vraie de l'infection du germe. Relativement à la maladie elle participe de la transmission de l'habitude. Hérédité et habitude sont toutes deux sous la dépendance d'une loi générale de la vie.

d. Les facteurs biologiques spéciaux qui jouent un rôle dans la production des maladies chroniques sont : 1° l'autotoxémie ; 2° le métabolisme anormal des tissus ; 3° la

localisation de la lésion organique ; 4° les influences psychiques et nerveuses.

Conclusion applicable à la thérapeutique : La prise en considération des causes dans un état morbide donné nous conduit à une conception de la totalité des symptômes plus vaste que celle qu'Hahnemann avait en l'esprit. Cependant le principe qui préside au choix du médicament reste le même.

Dans la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part les Drs Proctor, Dudgeon, Dyce Brown, Léon Simon, Hansen, R. Hughes, Bushrod James, Krantz Busch et Goldsbrough, on a nettement établi que le mot gale (en allemand *krætze*) avait, au temps d'Hahnemann, un sens beaucoup moins restreint que eelui qu'on lui attribue aujourd'hui. On donnait cette appellation à beaucoup d'autres affections cutanées que l'infection parasitaire causée par l'acarus. Le Dr Léon Simon rappelle qu'Hahnemann a écrit en toutes lettres, dans son traité des maladies chroniques, qu'il considérait la gale, la croûte de lait, les dartres et les teignes comme les formes différentes d'une même maladie. Or si la gale avait un sens très étendu, celui du mot psore éteit encore bien plus vaste et moins précis. Ainsi que le fait remarquer le Dr Goldsbroug, Willan, qui était le premier dermatologiste du commencement de ce siècle, donnait le nom de psore à plusieurs affections différentes, particulièrement à l'impetigo. Hahnemann a réuni sous la dénomination commune de psore toutes les éruptions dont le symptôme prédominant est le prurit. Le Dr Proctor a rappelé que le congrès homœopathique de 1835, présidé par Rau, a rejeté la théorie de la psore, mais que cela n'impliquait pas le rejet des médicaments antipsoriques. La théorie des

maladies chroniques non vénériennes s'est résolue, comme les nébuleuses, en plusieurs étoiles. Enfin, le Dr Proctor a ajouté que les maladies chroniques sont causées au début, non par des micro-organismes, mais par une hétérotoxémie venant du dehors.

Enfin, le dernier point sur lequel à porté la discussion, est celui du rôle des affections parasitaires en pathologie. Elles doivent être soumises à un traitement externe, tout le monde est d'accord là-dessus. Néanmoins le parasite n'est pas tout, ainsi que le déclarent les Drs Bushrod James et Léon Simon. Celui-ci rappelle qu'en 1845 son grand père a guéri trois galeux rien qu'avec des médicaments internes et l'on ne peut pas mettre en doute l'exactitude du diagnostic, car on a constaté chez eux la présence des sillons. Il faut donc tenir compte non seulement des parasites mais aussi de l'individu chez lequel ils se sont installés ; ainsi Unna, cité par le Dr Goldsbrough, attribue à des microbes presque toutes les inflammations chroniques de la peau, seulement il reconnaît que la différence de leurs effets dépend de l'organisme. Le Dr B. James ajoute que ce sont moins les microbes que les toxines sécrétées par eux qui envahissent l'organisme et quelquefois le détruisent; et il cite incidemment ce fait intéressant, qu'on a observé en Amérique, que l'érysipèle arrête quelquefois les progrès des sarcomes.

UNE LOI POSOLOGIQUE

(*Mémoire présenté par le Dr Léon Simon.*)

L'auteur croit que le meilleur moyen de découvrir des lois posologiques consiste à étudier sur l'homme sain les effets des différentes doses. D'après des exemples tirés de l'action de l'aconit, de l'opium, du plomb et du tabac, il

établit que celles-ci diffèrent non seulement par le plus ou moins d'intensité, mais aussi par la nature même de leurs effets, de telle sorte qu'une forte dose et une dilution d'un même médicament se ressemblent moins que deux médicaments différents à l'état naturel. L'usage continu et longtemps prolongé de doses très faibles ou infinitésimales produit des effets très différents de ceux que produisent des doses fortes et isolées du même médicament. L'auteur propose d'appliquer la loi des semblables au choix de la dose comme à celui du remède et de prescrire des doses massives contre les états morbides semblables aux effets pathogénétiques des doses massives, des dilutions plus ou moins élevées aux états morbides qui correspondent aux effets pathogénétiques des doses infinitésimales. Le mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Chaque dose, ou plutôt chaque série de doses, a un génie qui lui est propre et que nous devons nous efforcer de connaître pour en tirer tout le parti possible au lit du malade.

2° Le moyen d'arriver à cette notion consiste à expérimenter séparément chaque série de doses sur l'homme en santé.

3° Il faut procéder au choix de la dose comme à celui du médicament, c'est-à-dire prendre en considération la totalité des symptômes et se conformer à la loi des semblables.

4° On doit donc, après avoir choisi un médicament homœopathique, en donner une dose semblable à celle qui produit sur l'homme sain un ensemble de symptômes semblable à celui qu'on observe chez le malade. C'est ce que nous exprimons par cette formule : *la dose thérapeutique doit être semblable à la dose pathogénétique.*

5° La dose thérapeutique doit toujours être plus petite que la dose pathogénétique.

6° Pour résoudre le problème posologique il faut tenir compte de trois facteurs : le médicament, le malade et la maladie. La règle précédente ne concerne que le médicament,

7° Un jour viendra (et nous souhaitons qu'il soit prochain) où l'on découvrira les règles qui concernent les deux autres facteurs. Elles se combineront avec celles qui régissent le troisième et pourront apporter des modifications plus ou moins importantes dans leur application. Nous obtiendrons ainsi une résultante grâce à laquelle nous pouvons espérer de réaliser un traitement parfait.

Sans insister longuement sur le malade et la maladie, qui ne rentraient pas directement dans son sujet, l'auteur a dit que certaines maladies, comme la syphilis et les affections cardiaques dans la période d'asystolie, sont souvent rebelles aux médicaments dilués. Dans l'asystolie il n'a obtenu de résultats sérieux qu'avec la digitaline de Mialhe, la teinture de *Viscum album* et la 1re dilution d'aconit. Il a accordé une mention spéciale à la fièvre paludéenne, qu'il n'a jamais pu guérir sans couper préalablement les accès par le sulfate de quinine à dose pondérable (de la 1re trituration décimale à la 3e centésimale) ; d'autre part, si l'on persiste trop longtemps dans l'emploi de ce sel, on s'expose à voir se développer la cachexie quinique. L'auteur propose de sortir de ce cercle vicieux en alternant le sulfate de quinine en trituration avec une dilution du médicament qui paraît le mieux indiqué d'après l'ensemble des symptômes.

Comme on devait s'y attendre, ce travail a donné lieu à une chaude discussion. Mais, chose curieuse, le reproche

le plus sérieux et le plus mérité n'a pas été fait en séance, et l'auteur lui-même est allé au devant d'une objection qu'on ne lui avait pas adressée.

Le reproche le plus sérieux nous a été fait par le Dr Cooper, qui nous a dit : Comment pouvez-vous proposer une loi posologique lorsque vous ne savez pas ce que c'est qu'une dose ? En effet, les homœopathes discutent depuis trois quarts de siècle sans avoir nettement défini le sens de ce mot. En allopathie, la question est simple : une dose est la quantité (en poids) du médicament qu'on donne au malade en une fois ou dans les vingt-quatre heures. La découverte des doses infinitésimales a introduit dans la question un autre élément, l'état moléculaire, et elle a réduit la quantité à des proportions tellement minimes que celle-ci ne mérite plus d'être prise en considération. Aussi peut-on dire, à notre avis, que, pour un homœopathe, la dose signifie l'état moléculaire du médicament. Celui-ci peut être administré à l'état naturel ou à l'état infinitésimal. A l'état naturel, c'est-à-dire à dose massive, la quantité joue encore un rôle important et la dose a le même sens pour les homœopathes et pour les allopathes ; tous reconnaissent des doses toxiques, fortes et faibles. Lorsque la trituration et la dilution sont intervenues, la quantité passe au second plan et, nous le répétons, le mot dose change de sens ; nous reconnaissons encore des doses pondérables, dans lesquelles la présence du médicament peut être décelée chimiquement, et au delà il n'y a plus que les doses infinitésimales proprement dites. Alors le mot dose signifie tout simplement le degré de dilution. Mais nous insistons sur ce point que les doses, dans quelque sens qu'on les entende, ne diffèrent pas par une gradation dans l'intensité de leurs effets ;

chacune a des effets qui lui sont propres et dont les dilutions précédentes ou suivantes sont dépourvues. Ainsi, par exemple, la teinture d'opium et la 12ᵉ dilution d'opium sont deux médicaments différents, qui diffèrent peut-être plus l'un de l'autre que la teinture de bryone ne diffère de celle de rhus.

Ayant ainsi satisfait au desideratum du Dʳ Cooper, nous passons au reproche que nous nous sommes fait à nous-même : il s'applique au choix de notre titre, que, toute réflexion faite, nous trouvons trop ambitieux et peu conforme à notre but. Nous n'avons pas la prétention d'avoir découvert une loi, nous avons eu l'intention plus modeste de proposer une règle pratique dans le choix de la dose. Nous ne doutons certes pas qu'il existe des lois posologiques. Ainsi nous avons cité deux cas : l'un dans lequel *Apis* θ a guéri une anasarque après l'échec d'*Apis* 3ᵉ trit. ; l'autre dans lequel *Millefol*, 3ᵉ cent. a guéri une hémoptysie qui avait résisté à la 1ʳᵉ déc. Ces deux faits, en apparence contradictoires, relèvent d'une loi commune, qui est à trouver. Il est donc bien entendu que nous avons voulu simplement proposer une règle et une règle encore bien vague ; néanmoins nous croyons avoir le droit de nous rendre cette justice que nous avons envisagé à un point de vue nouveau la question si controversée des doses. Dieu veuille que la voie dans laquelle nous sommes entré soit la bonne, et que notre tentative ait d'heureuses conséquences pour les médecins et pour les malades.

Dans le traitement des maladies du cœur, le Dʳ von Dittmann a déclaré qu'il n'oserait pas prescrire les médicaments, surtout l'arsenic, au-dessous de la 30ᵉ dilution. Nous lui avons répondu que nous agissions à peu près comme lui dans le cours habituel de ces maladies, mais

que, pendant les périodes d'asystolie, nous n'avions jamais rien obtenu d'aucun autre agent que la digitaline de Mialhe, en solution, à la dose de XV à XXV gouttes par jour.

Au sujet de la fièvre paludéenne, le Dr Cooper a rappelé qu'il avait écrit, il y a quelques années, un mémoire sur l'action du soufre dans cette maladie. A son avis, ce minéral est un véritable spécifique, car les populations voisines des solfatares sont indemnes de fièvre paludéenne. Nous ne demandons pas mieux que de signaler et d'essayer ce médicament à la prochaine occasion ; seulement nous ferons remarquer que, dans les observations citées par le Dr Cooper, le soufre a été employé sous la forme de *tinctura sulfuris fortissima*, ce qui n'est vraisemblablement pas une dose infinitésimale. Qu'il s'agisse donc de soufre ou de sulfate de quinine, nos constatations restent entières au point de vue posologique.

Nous avons donc passé, aux yeux de quelques-uns, pour un partisan des doses massives, presque pour un renégat, un *mongrel* (comme on dit en anglais), quoique nous soyons connu pour avoir une préférence marquée pour les dilutions élevées (6 à 30). En réalité, notre formule est celle de notre père et de notre aïeul : *Omni dosi;* aussi avons-nous commencé notre mémoire par cette phrase : « Pour nous, toutes les doses sont bonnes, pourvu qu'on sache les donner à propos. » Nous pensions, et nous pensons encore, que c'était la proposition la plus sensée de notre travail. Tous nos confrères n'ont pas été du même avis, car on nous l'a reprochée. Il est pourtant bien évident que pas une seule dose n'a de valeur absolue ; aucune ne vaut que par son appropriation et nous répétons ce que nous avons répondu à nos critiques : nous ne reconnais-

sons ni doses allopathiques ni doses homœopathiques, dans chaque cas particulier nous n'en admettons qu'une, la dose curative.

Le Dr Wesselhœft avoue que la question des doses est très difficile à résoudre. Il propose que, pendant une longue suite d'années, on accumule des faits soigneusement observés, dans lesquels l'action de chaque dilution soit bien mise en évidence et établie d'une façon indiscutable. Il en surgira probablement des règles pratiques.

La suite de la discussion a révélé quelques faits intéressants : le Dr Ord a remarqué que, dans le choix de la dose, il faut tenir compte de l'acuité et de la chronicité des symptômes ainsi que de la nature de la maladie. Dans le tétanos, par exemple, la strychnine agit homœopathiquement, mais à dose massive. Dans un traité anglais, intitulé *Practice of medicine*, on lit que, sur 7 cas de tétanos, 5 furent guéris par des injections hypodermiques de strychnine.

Le Dr Hoyne déclare qu'il n'a guéri rapidement et définitivement la syphilis qu'à l'aide de hautes dilutions de mercure. De même le tétanos et l'hydrophobie ont été souvent guéris par de hautes dilutions.

Le fait le plus intéressant est celui du Dr Wolston. Dans sa jeunesse, il fut atteint de bronchite chronique. Devenu médecin et connaissant l'homœopathie, il prit *Bryon.* 1er qui aggrava son état ; il prit alors *Bryon.* 3e qui lui fit du bien, mais n'empêcha pas de fréquentes rechutes. Il s'adressa alors à un confrère, qui lui donna 2 globules d'une haute dilution de *Bryon.*, cela suffit pour le guérir rapidement et définitivement.

Les Drs von Dittmann et Mersch nous ont adressé des paroles encourageantes dont nous les remercions sincè-

rement; maintenant nous prions le lecteur de nous pardonner l'étendue que nous avons donnée à cette discussion. D'abord la question en vaut la peine et puis les auteurs ont généralement la faiblesse d'aimer à parler longuement de leur œuvre et des questions dans lesquelles ils ont été mis personnellement en cause.

PLACE DES EXTRAITS ANIMAUX EN HOMŒOPATHIE

(*Mémoire du Dr Clarke, de Londres.*)

Dans ce travail, il est surtout question de la thyroïdine, dont le Dr Clarke a écrit une intéressante pathogénésie, qui a été traduite par le Dr M. Jousset et publiée dans l'*Art médical* (t. LXXXI). L'auteur admet que l'action de l'extrait du corps thyroïde n'est pas tout à fait homœopathique, qu'elle est plutôt physiologique. A une question posée par le Dr Rainsbotham, qui lui demande s'il fait une différence entre les produits animaux sains et les produits pathologiques, il répond qu'à son avis les produits pathologiques ne sont pas de même ordre que les sarcodes.

Le Dr Dudgeon rappelle que c'est Ameke, de Berlin, qui a le premier proposé d'employer les tissus sains comme remèdes. Le Dr Hughes reconnaît que le Dr Clarke a rendu un grand service en constituant une pathogénésie de la thyroïdine avec les symptômes observés chez des malades auxquels on avait donné cette substance; seulement il blâme avec raison ceux qui confondent dans une même pathogénésie les symptômes cliniques et les symptômes purement pathogénétiques. Le Dr Mc Clelland cite des observations de kéloïde cicatricielle guérie par l'emploi de l'extrait de corps thyroïde.

PATHOGÉNÉSIE ET THÉRAPEUTIQUE D'AURUM

Le Dr Washington Epps a écrit un excellent mémoire sur cette question.

Voici les considérations les plus intéressantes auxquelles la discussion a donné lieu.

Suivant le Dr Dewey, l'or a, au suprême degré, la faculté de produire l'hyperémie et la congestion, aussi est-il efficace dans la congestion utérine et dans la kératite, lorsque la cornée est entourée d'un cercle congestif. Il est très utile contre la mélancolie, particulièrement la mélancolie religieuse. Un lypémaniaque a été grandement soulagé ; on avait choisi l'or parce que le malade était effrayé par le moindre bruit. C'est aussi un bon médicament au début des affections médullaires.

Le Dr Drzewicki le recommande contre l'ectropion et contre le lupus. Il a beaucoup amélioré un malade atteint de cette grave affection et Jahr, dans sa Matière médicale, attribue à l'or une éruption assez analogue au lupus.

Le Dr Krœner cite un cas d'artério-sclérose amélioré par l'or ; il hésite entre celui-ci et l'arsenic et s'est décidé en faveur du premier parce que le malade allait bien la nuit.

Le Dr Jagielski a vu un malade dans les dents duquel son dentiste avait introduit une notable quantité d'or ; ses dents étaient toutes jaunes et il avait beaucoup de symptômes qui se trouvent dans la pathogénésie d'*aurum*, aussi le Dr Jagielski le traita comme un homme intoxiqué par ce métal.

Le Dr de Villers a connu un homme qui portait des lunettes d'or et qui souffrait de névralgie occipitale. Un jour ses lunettes se cassèrent et il les remplaça par d'autres

qui étaient d'un métal moins précieux ; dès lors sa névralgie cessa.

LES SPÉCIFIQUES DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

La discussion sur ce sujet a été alimentée par les trois mémoires suivants :

Action du mercure et de l'iode dans la syphilis, par le Dr Hansen.

Fièvre intermittente, par le Dr Majumdar, de Calcutta.

Action du colchique et des autres spécifiques, par le Dr R. Hughes.

Le Dr Hansen passe en revue tous les composés du mercure employés en homœopathie (ils sont au nombre de 11), puis l'iode, l'iodure de potassium et l'iodoforme. Il constate que les auteurs ne sont pas d'accord sur l'homœopathicité de ces divers produits à la syphilis. Cependant, en exposant les principaux traits de leurs pathogénésies respectives, il rend évidente leur similitude avec les diverses formes des maladies vénériennes. La plupart des homœopathes reconnaissent que les hautes dilutions n'ont pas d'influence sur la syphilis, et l'auteur les a toujours vues échouer ; il n'emploie les mercuriaux que de la 1re à la 3e trituration décimale, et il prescrit souvent l'iodure de potassium en nature. D'autre part. il cite 4 allopathes, les Drs Bumstead, Piffard, Morrow et Bœing, qui adoptent ouvertement nos doses et recommandent le mercure trituré.

Tel est le résumé du travail du Dr Hansen. Celui-ci a ajouté verbalement que la syphilis est très difficile à traiter parce qu'elle a peu de symptômes subjectifs. On a objecté aussi qu'il n'y a pas de médicament strictement homœopathique à cette maladie, car aucun ne produit le chancre induré.

Dans la discussion, le Dr Blackley a dit avec raison qu'il n'y a pas de vrai spécifique pour une maladie quelconque, car ce qui guérit un malade peut faire du mal à un autre atteint de la même affection. Pour le Dr Krauss l'iode est le véritable spécifique de la syphilis; il ne croit pas beaucoup à l'homœopathicité du sublimé. La potasse est aussi supérieure au mercure dans les périodes avancées de la maladie, quand il y a destruction de tissus. L'or est indiqué contre l'iritis syphilitique et contre l'ataxie locomotrice d'origine vénérienne.

Le Dr Hughes trouve le biiodure supérieur au mercure soluble; mais voici un fait qui prouve que le mercure est bien homœopathique à la syphilis. Bennett, d'Edimbourg, professait que le mercure ne doit pas guérir cette affection et, à l'appui de son opinion, il montrait le squelette d'un chien empoisonné par le mercure et qui était couvert d'exostoses.

Le Dr von Dittmann a vu des iritis syphilitiques favorablement modifiées par *Clemat.* 30. Enfin le Dr de Villers recommande les courants électriques dans certains cas.

Relativement à la fièvre paludéenne, le Dr Brazol fait remarquer que l'homœopathicité du quinquina est indiscutable, car on trouve au grand complet dans sa pathogénésie tous les symptômes de cette fièvre.

OTOLOGIE.

Mémoires présentés :

La surdité considérée au point de vue pathogénétique, par le Dr Hayward.

Certaines formes de surdité et les médicaments qui leur correspondent, par le Dr Cooper.

Le vertige aural, par le Dr Dudley Wright.

Le Dr Cooper déclare avec raison que le degré de la surdité n'est pas en rapport avec sa curabilité; il y a des surdités complètes qui guérissent facilement. Ce qui est à considérer, ce sont les causes et les conditions anatomiques qui l'engendrent et l'entretiennent. En effet, ainsi que l'a fait observer le Dr Cooper, cette infirmité peut dépendre de bien des causes; aussi faut-il porter un diagnostic très précis avant de savoir si elle est curable. L'une de ces causes, signalée par le Dr Shelton, est l'obstruction du pharynx nasal. Les principaux médicaments recommandés par le Dr Cooper sont *Calcarea carb.*, *Hepar*, *Magnes. carb.*, *Fer. picric.* (qui répond à l'abolition des fonctions d'un organe par suite de l'abus de cet organe), *Kali iodat.* lorsqu'il y a périostite. A ces moyens le Dr Dudley Wright ajoute, dans certains cas, le massage de l'oreille.

A propos du vertige aural, vertige labyrinthique ou vertige de Ménière, le Dr Dudgeon recommande l'examen préalable de l'oreille externe et interne afin de vérifier s'il a une cause mécanique. Ses causes sont en effet assez nombreuses; ainsi le Dr Murray Moore en a vu un cas provoqué par la présence d'un polype muqueux sur la membrane du tympan; ce vertige était intermittent mais non périodique et se faisait sentir quand le malade gravissait une pente ou un escalier. Dans d'autres cas, observés par le Dr Cartier, il a été causé par un eczéma de l'appareil auditif, alors *Petroleum* a fait beaucoup de bien. Les principaux médicaments sont : la quinine (3 à 6) et la salicylate de soude, recommandés par le Dr Dudgeon; *Pulsatilla* (avec ce médicament à la 30e dilution, le Dr von Dittmann a guéri une femme de 70 ans, atteinte de vertige avec accidents dyspeptiques, anorexie et adipsie;)

Conium, recommandé par le Dr Ord; *Argent. nitric.*, qui a beaucoup de symptômes de la maladie de Ménière; le Dr Goldsbrough a guéri un cas avec *Arg. nitric.*, *Silic. Bellad.* 3e déc, (à prendre au moment des vertiges); *Gelseminum*, avec lequel le Dr Clifton a guéri 3 cas; *Nicotine* 5, que le Dr Drzewicki a vu employer avec succès à l'hôpital Saint-Jacques de Paris.

Incidemment le Dr Bushrod James proteste contre l'emploi du vin de coca, souvent prescrit aux Etats-Unis. Il dit avec raison : Si voulez donner la coca, donnez-la seule; si voulez donner du vin, donnez-le seul. Mais le mélange des deux est nuisible parce que le vin rend la coca agréable au goût et cela donne au malade la tentation d'abuser du remède, tentation à laquelle il résiste rarement.

Dr Léon Simon.

(*La suite au prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE

DES CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉDICATION SALICYLÉE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

M. le Professeur Jaccoud vient de faire sous ce titre une leçon clinique (1) dans laquelle nous trouvons d'intéressantes statistiques sur l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

A propos d'un petit malade de son service, M. Jaccoud

(1) *Semaine médicale*, 28 octobre.

vient affirmer à nouveau que le salicylate de soude n'agit dans le rhumatisme articulaire aigu que sur les manifestations articulaires et qu'il est mauvais lorsqu'il existe une complication viscérale. « L'administration du salicylate de soude peut avoir pour résultat d'atténuer les douleurs articulaires et d'aggraver l'état viscéral ; on peut même affirmer que souvent l'accentuation des phénomènes viscéraux est en raison directe de l'amélioration constatée au niveau des articulations. On ne doit donc pas, en définitive, donner le salicylate de soude dans les formes de rhumatisme où il existe des complications viscérales, dans le rhumatisme dit viscéral. »

M. Jaccoud ajoute qu'un grand nombre de médecins ont soutenu que le salicylate de soude avait au contraire une action favorable préventive contre les complications viscérales.

Il n'y a qu'à se reporter aux statistiques que publie M. Jaccoud pour voir combien cette assertion est erronée.

Donald Hood, en 1881, mentionne 350 cas de rhumatisme articulaire aigu traités par le salicylate de soude. Sur ces 350 cas, malgré l'administration de ce médicament, les complications cardiaques ont été observées chez 241 malades, soit une proportion de 68,8 p. 100. Dans une seconde statistique du même auteur, sur 850 cas de rhumatisme articulaire non soumis à l'administration du salicylate de soude, 500 fois les complications cardiaques se sont manifestées, soit une proportion de 58,8 p. 100.

S. Coupland a pu recueillir 84 cas de rhumatisme articulaire traités par le salicylate : sur ces 84 cas, 64 malades ont présenté des complications du côté de l'endocarde, soit une proportion de 76,2 p, 100, proportion inconnue jusqu'alors.

G. Smith, en 1882, fournit la statistique suivante : 1.724 malades atteints de fièvre rhumatismale polyarticulaire ont eu à subir divers traitements autres que la médication salicylée. Sur ce nombre, 941 malades ont été pris de complications cardiaques, soit 54,5 p. 100. Le même auteur a pu réunir 1.748 observations de rhumatismes aigus soumis à la médication salicylée ; or, 1.109 fois l'endocarde ou le péricarde ont été intéressés : la proportion, ici encore, est plus grande, car elle atteint 63,4 p. 100.

Il en va de même pour la statistique donnée par Badt : 148 malades auxquels on avait prescrit du salicylate de soude présentèrent des complications viscérales, plus particulièrement cardiaques, dans 17,6 p. 100 des cas, alors que 176 rhumatisants non traités par cette médication ne fournirent qu'une proportion de 16,4 p. 100.

Ces résultats doivent donner à réfléchir aux partisans exclusifs du salicylate de soude à haute dose dans le traitement du rhumatisme.

Nous croyons comme M. Jaccoud qu'il est urgent de cesser son emploi, au moindre symptôme de complication viscérale, et qu'il est absolument contre-indiqué lorsqu'une de ces complications est bien établie.

D[r] Marc Jousset.

QUELQUES MÉDICAMENTS CARDIAQUES

Nous avons trouvé dans le dernier numéro du *Journal of the British homœopathic Society* (1) un travail du D[r] Midgley Cash sur les affections aortiques, à la suite

(1) Numéro d'octobre.

duquel il résume les indications de quelques médicaments du cœur ; il nous a paru intéressant de traduire ces indications, ainsi que les remarques qui ont été faites par quelques-uns de nos confrères anglais, en ajoutant quelques observations sur la manière dont nous employons en France les mêmes médicaments.

Le Dr Cash fait remarquer à propos de la *digitale*, que ce médicament lui paraît plus indiqué dans les affections mitrales que dans les affections aortiques ; il ajoute que cependant le Dr G. Balfour s'en loue beaucoup dans le traitement de l'insuffisance aortique, maladie où il en administrerait de très fortes doses, de quinze gouttes à un demi-drachme de teinture toutes les quatre heures. Ces doses, dangereusement fortes, dit le Dr Cash, devraient être surveillées de très près; on devrait les cesser dès que les urines, qui auraient augmenté d'abord sous leur influence, se mettraient à diminuer, dès que le pouls deviendrait irrégulier et s'il survenait des nausées. Le Dr G. Balfour aurait obtenu par ce mode de traitement des améliorations qui lui paraissent plus grandes que celles qu'il a obtenues par les autres médications.

Il nous semble que, dans ce cas ce n'est pas l'action homœopathique de la digitale qui est recherchée, mais son action physiologique, puisque les doses sont données jusqu'à l'anurie commençante, l'irrégularité du pouls et l'intolérance gastrique. Les doses employées sont énormes puisqu'un demi-drachme représente environ 1 gr. 50 ; ce qui ferait de 8 à 9 grammes de teinture de digitale par jour.

Le Dr Cash ajoute que son expérience personnelle de la digitale montre surtout son action dans les affections valvulaires des orifices auriculo-ventriculaires. Il la donne à

dases modérées, de une à quatre gouttes de teinture. Sous l'influence de ces doses, le pouls rapide et irrégulier se ralentit et devient plus fort, les hydropisies disparaissent. Il cite un cas d'insuffisance mitrale, avec congestion du foi, urines rares, dans lequel il administra d'abord deux gouttes de teinture toutes les trois heures; au bout de quelques jours, l'effet diurétique ne se produisant pas, il doubla la dose, et, presque immédiatement, l'urine augmenta de façon à donner 4 pintes par jour (2 litres 1/4 environ). En continuant les mêmes doses, l'hydropysie disparut.

Voici une application homœopathique de la digitale. C'est bien lorsque le malade est en atystolie, lorsqu'il présente, en somme, les symptômes que l'on relève dans les empoisonnements par la digitale que ce médicament produit ces effets si remarquables.

Le Dr Cash emploi la teinture de digitale et il ajoute que les dilutions, même la première décimale lui ont paru avoir une action moins favorable.

Nous avions coutume autrefois en France de donner des triturations de feuilles de digitale, qui, prescrites dans de l'eau distillée, se rapprochaient de la macération de feuilles et nous semblaient avoir une action plus favorable que la teinture; nous donnions la première trituration décimale de feuilles, il fallait ordinairement deux à trois jours d'emploi de cette préparation avant d'observer l'action diurétique. La *digitaline cristallisable* ou *chloroformique* en solution au 1.1000, soit notre troisième dil.dec. est la préparation que nous employons plus couramment aujourd'hui, car son action nous paraît beaucoup plus rapide, ce qui est appréciable dans le traitement de l'asystolie. Il y a deux méthodes pour son administration. Le Dr Huchard

préconise surtout son emploi à dose massive et rare ; il administre 60 gouttes ou 1 gramme de solution en vingt-quatre heures (1 milligramme de digitaline); puis il attend quelques jours avant de renouveler la dose. Nous préférons donner 15 à 30 gouttes par jour pendant quelques jours ; l'action n'est pas tout à fait aussi prompte, mais elle nous semble se prolonger plus longtemps et les malades supportent très bien cette dose, tandis que la dose unique du Dr Huchard amène quelquefois des vomissements.

Le Dr Cash a employé assez souvent *spongia* lorsque le malade est réveillé la nuit en sursaut avec crainte de suffocation; ce symptôme a été mentionné par le Dr Hughes dans son traité de thérapeutique, d'après le Dr Wells. Du reste, spongia produit dans ses symptômes comme le cactus, beaucoup d'oppression et de douleur constrictive dans la poitrine.

L'*Arsenic* est un médicament très important dans la faiblesse du cœur. Le Dr Cash l'a vu amener un soulagement rapide dans un cas d'affaiblissement cardiaque avec respiration convulsive, vertiges, faiblesse générale, refroidissement, tendance à la syncope, pouls tombé à trente deux pulsations par minute. La digitale donnée avant l'arsenie n'avait produit aucun soulagement. Il emploie l'arsenic à toutes les dilutions; il a même administré avec avantages la liqueur arsenicale (probablement la liqueur de Fowler ou de Pearson) à la dose d'une à deux gouttes.

L'*iodure d'arsenic* lui semble avantageux lorsque les lésions valvulaires s'accompagnent de dilatation et de dégénérescense graisseuse du cœur.

Le *strophantus* peut s'employer avec de bons résultats

pour tonifier le cœur et faire disparaître l'hydropisie. Le Dr Cash rapporte un cas où l'urine était devenue rare et très chargée d'urates : trois gouttes de teinture toutes les deux heures amena au bout de deux jours des urines plus claires et d'un volume double. Chez un autre malade, qui avait un anasarque généralisé avec ascite et œdème remontant jusqu'à la poitrine, avec urines rares, plusieurs médicaments avaient été essayés sans succès et parmi ceux-ci l'arsenic et la convallaria maïalis; ce dernier à doses croissantes (de cinq à dix gouttes, trois fois par jour). La maladie s'aggravait rapidement lorsque le strophantus fut donné à la dose de trois gouttes de teinture trois fois par jour; dès le quatrième jour de son emploi, l'urine avait augmenté et le pouls était plus fort; le neuvième jour l'urine était chaque jour au-dessus de deux pintes (un litre et demi environ) et avait même atteint trois pintes. Dix jours après, les jambes étaient revenues à leur volume normal et l'hydropisie avait complèment disparu. La malade pouvait aller et venir, et s'occuper comme autrefois; elle se trouvait dans un état qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps.

Le Dr Cash s'est bien trouvé de *camphora* dans des crises subites de défaillance cardiaque survenant dans les affections valvulaires. Pour obtenir un effet rapide il donne dans un peu d'eau chaude 5 à 6 gouttes de la teinture de Rubini à avaler rapidement : eau et camphre à la fois; les résultats favorables sont souvent d'une rapidité surprenante. Nous avons coutume en France de donner l'esprit de camphre par gouttes sur de petits morceaux de sucre, 2 à 3 gouttes à la fois; nous évitons ainsi la précipitation du camphre dans l'eau et les effets obtenus nous ont aussi paru très rapides.

Moschus est utile contre les palpitations et la flatulence ; il calme l'excitation nerveuse qui s'observe souvent chez les malades atteints d'affections organiques du cœur. C'est surtout un médicament qui s'emploie d'une façon intercurrente.

Les venins de serpents, *lachesis*, *naja* et *crotalus* sont quelquefois indiqués. Le Dr Cash les considèrent comme favorables dans les troubles fonctionnels du cœur plutôt que dans les maladies organiques. Il a trouvé cependant que naja agissait bien comme diurétique. Ce sont des médicaments jouissant, du reste, d'une bonne réputation dans le traitement des affections valvulaires.

Lycopus virginicus a rendu au Dr Cash service dans un cas grave de dyspnée et de faiblesse cardiaque associés, croit-il, à une affection valvulaire; mais l'observation est très ancienne et il ne l'a pas conservée.

Aconit a une valeur indiscutable pour calmer l'excitation cardiaque, qu'elle soit sous la dépendance d'une hypertrophie, de lésions valvulaires ou d'une simple névrose du cœur.

Nux vomica rendra des services signalés dans les troubles digestifs qui viennent s'ajouter aux maladies organiques du cœur.

Le Dr Cash a souvent employé avec avantage la *strychnine;* dans un cas d'insuffisance mitrale chez une dame nerveuse et anémique, la strychnine amena un grand soulagement lorsqu'elle fut substituée aux autres médicaments cardiaques qui paraissaient les mieux indiqués et qui restaient inefficaces.

Pour le *convallaria maïalis* il n'en a jamais eu aucune satisfaction et a cessé de le prescrire. Dans la discussion qui a suivi, le Dr Dyce Brown dit que le convallaria est un

remède très important lorsqu'on se sert d'une préparation vraiment active ; mais pour avoir une bonne teinture, il faut qu'elle soit préparée avec la plante entière au moment de la floraison et la préparation doit avoir une très forte odeur de fleur de muguet ; si cette odeur n'existe pas, on a une préparation inerte. C'est ce qui explique probablement les insuccès que nous avons eus en grand nombre avec ce médicament et le discrédit relatif dans lequel il est tombé.

L'*apocynum*, donné en infusion dans l'eau chaude, comme le recommande le Dr Epps, a rendu de grands services au Dr Cash dans les cas d'hydropysie. Il est possible que ce mode spéciale d'administration favorise l'action du médicament, car nous avons plusieurs fois essayé soit la teinture, soit la première dilution avec un insuccès presque constant.

L'*adonidine*, le glycoside de l'*adonis vernalis* a donné au Dr Cash un résultat remarquable chez une vieille malade hydropique de 75 ans, atteinte d'insuffisance mitrale, Après quelques résultats temporaires de la digitale et de l'arsenic, ces médicaments étaient devenus impuissants et l'urine était tombée au-desssous d'une demi pinte (environ 300 gr.). On administre un grain d'adonidine (0 gr. 65 environ) en trois fois à huit heures d'intervalle. Aussitôt la sécrétion urinaire monta à deux pintes et demie par vingt-quatre heures, un grand soulagement de la respiration, augmentation du sommeil et de l'appétit ; l'état général et l'état du muscle cardiaque s'améliorèrent et la malade tira un grand bénéfice de l'emploi de ce médicament.

Voici les différentes indications thérapeutiques que nous avons relevé dans le travail de notre confrère anglais.

Il y a un certain nombre de médicaments cardiaques qui ont été omis, tels que la *glonoin* pour laquelle M. Spencer Cox a réclamé à la société homœopathipue anglaise, tels que la *thyroïdine* et bien d'autres encore. Nous espérons cependant que l'on trouvera quelques avantages à cette traduction.

Dr Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

THYROIDINE ET THYROÏODINE

Nouveau mode de préparation de la thyroïodine. — Nous avons donné dans un numéro précédent (1) le mode de préparation décrit par Baumann. Il a depuis légèrement modifiée son procédé ; le voici tel qu'il est exposé dans la *Médecine moderne* (2).

On traite à l'ébullition les glandes thyroïdes fraîches (1 partie) par de l'acide sulfurique à 10 pour 100 (4 parties). La masse glandulaire se dissout, sauf : 1° les matières grasses qui montent à la surface du liquide et qu'on peut enlever après refroidissement et 2° une substance qui est en suspension dans le liquide sous la forme d'un précipité floconneux. On peut prolonger l'ébullition pendant trois jours sans qu'il y ait destruction de la thyroïodine. Celle-ci se trouve, pour la plus grande partie, dans le précipité floconneux que l'on sépare par filtration du

(1) Septembre 1896.

(2) 16 septembre.

liquide acide refroidi. Le poids de ce précipité varie, suivant la durée de l'ébullition, de 0,75 à 1,5 pour 100 du poids des glandes traitées.

Outre la thyroïodine, ce précipité renferme encore un peu de matières grasses, d'acides gras et d'autres substances organiques. On le traite à l'ébullition par de l'alcool à 90°. La thyroïodine se dissout peu à peu. On évapore la solution alcoolique au bain-marie, on mélange intimement le résidu avec dix fois son poids de sucre de lait et on épuise par de l'éther de pétrole qui enlève les matières grasses et les acides gras.

Pour séparer ensuite la thyroïodine du sucre de lait, on dissout le mélange dans un peu de soude diluée froide et on filtre si cela est nécessaire ; on acidule et la thyroïodine se précipite en flocons. On la recueille sur un filtre, on lave, on dissout de nouveau dans une solution de soude et on précipite une dernière fois avec de l'acide chlorhydrique ou de l'acide sulfurique.

La thyroïodine ainsi obtenue se présente, après dessiccation, sous la forme d'une poudre brunâtre insoluble dans l'eau, difficilement soluble dans l'alcool, facilement soluble dans les alcalis caustiques. Elle est azotée, renferme du phosphore (0,50 pour 100 environ) et à peu près 10 p. 100 d'iode. C'est un corps très stable qui n'est attaqué que très difficilement par les alcalis.

Comme on perd ainsi 25 à 30 p. 100 de thyroïodine. M. Baumann a imaginé le moyen suivant, qui en perd moins et qui donne un produit moins coloré.

On prépare une liqueur digestive avec de la pepsine et de l'acide chlorhydrique dilué (à 3 p. 1.000); et on fait agir cette liqueur sur les glandes, pendant deux jours, à la température de 40°. La thyroïodine reste en

suspension dans le liquide. On la sépare et on la purifie comme il a été dit plus haut.

L'action de ce suc gastrique artificiel peut faire penser que lorsqu'on ingère la glande thyroïde en nature ou lorsqu'on prend de l'extrait glycériné de corps thyroïde (notre thyroïdine), il se passe quelque chose d'analogue dans l'estomac et qu'en réalité c'est la thyroïodine séparée du corps thyroïde par le suc gastrique qui agit. Il paraîtrait donc logique d'administrer d'emblée cette thyroïodine.

Recherches comparatives avec le corps thyroïde, la thyro-antitoxine et la thyroïodine. — M. Magnus-Lévy a voulu se rendre compte de l'action de la thyro-antitoxine de Fraenkel etde la thyroïodine de Baumann (1), recherchant ainsi lequel des deux est le principe actif du corps thyroïde.

Les expériences ont été faites sur un malade atteint de crétinisme avec myxœdème.

Dans une première série d'expériences, après quatorze jours d'observations, destinés surtout à l'étude des échanges de matériaux, des tablettes de glande thyroïde ont été administrées pendant dix-neuf jours. Sous l'influence de ce traitement, le malade a perdu de l'azote, de la graisse et de l'eau. Les plis du cou et de la poitrine ont disparu, le poids du corps a diminué de 3 kilogrammes, le pouls est devenu très fréquent (110-120 au lieu de 60); la température a monté de 36°2 à 37°5 ; l'utilisation d'oxygène a augmenté de 122 centimètres cubes par mi-

(1) *Médecine moderne*, 16 septembre.

nute à 215. Pendant la période consécutive ce n'est qu'au bout de huit semaines que la respiration est revenue à son type antérieur; cependant l'échange des matériaux est resté un peu élevé, le poids du corps est également revenu au chiffre antérieur. Le malade est devenu plus impressionnable, plus mobile.

Dans une seconde série d'expériences, on a observé les mêmes périodes, la thyro-antitoxine a été administrée dix-neuf jours, sans produire aucun résultat appréciable.

Dans une troisième série, la thyroïodine, administrée en tablettes de 20 centigrammes, a produit des résultats à peu près identiques à ceux du corps thyroïde.

Il paraît donc évident que c'est à la thyroïodine qu'il contient que le corps thyroïde doit son action thérapeutique.

IMPUISSANCE DE LA THYROÏODINE A COMBATTRE LA CACHEXIE STRUMIPRIVE. — M. Notkine (de Kiew) rapporte à la Société des médecins de Vienne (1) des expériences qui sont en contradiction avec les précédentes. Il a traité avec de la thyroïodine des chiens thyroïdectomisés.

Il administra à un chien pendant deux jours 3 et 4 grammes de thyroïodine le surlendemain de la thyroïdectomie, alors que l'animal présentait déjà des tremblements fibrillaires et parfois aussi des secousses cloniques dans les membres. Le syndrome de la cachexie strumiprive n'en continua pas moins à évoluer comme d'habitude. Le chien étant presque à l'agonie, M. Notkine lui introduisit dans l'estomac, au moyen de la sonde œsophagienne, 3 grammes de corps thyroïde desséché. Dès le

(1) *Semaine médicale*, 21 octobre.

soir même, les phénomènes convulsifs disparurent. Le lendemain on administra encore 3 grammes de la même préparation, et ce jour-là, comme aussi le jour suivant, l'animal ne présenta pas de mouvements convulsifs. On lui fit ingérer ensuite pendant deux jours 12 grammes de thyroïodine,ce qui n'empêcha pas les tremblements fibrillaires de se manifester ; il se produisit même des convulsions généralisées toniques et cloniques.

Chez deux autres chiens privés de corps thyroïde, la thyroïodine, même administrée en injections sous-cutanées, n'a également exercé aucun effet appréciable sur les symptômes de la cachexie strumiprive.

Enfin, les trois chiens en expérience ont continué, malgré la thyroïodine, à sécréter une urine albumineuse, ainsi qu'il arrive régulièrement chez les animaux thyroïdectomisés.

TRAITEMENT THYROÏDIEN DE L'OTITE MOYENNE HYPERPLASIQUE. — Le Dr Vulpius (de Weimar), sachant que le traitement thyroïdien améliorait l'ouïe des myxœdémateux, a eu l'idée de l'essayer dans la sclérose de l'oreille moyenne. Les résultats qu'il a obtenus peuvent faire espérer que ce traitement rendra des services « dans certains cas non invétérés d'affaiblissement de l'ouïe par suite d'épaississement du tympan et de diminution de la mobilité des osselets (1) ». L'amélioration a eu lieu dans plusieurs cas qui avaient résité à tous les traitements antérieurs et cette amélioration a été quelquefois très rapide, puisqu'elle s'est manifestée après quatre à six jours de traitement.

Le médicament a été administré en tablettes contenant

(1) (*Semaine médicale*, 16 septembre.

chacune 0 gr. 30 centigrammes d'extrait de corps thyroïde. Aux adultes on faisait prendre une tablette par jour (parfois deux tablettes, au début du traitement) et aux enfants une demi-tablette. Le traitement était continué pendant quatre à cinq semaines avec des intervalles de repos de deux ou trois jours.

Si au bout de deux semaines aucune amélioration de la capacité auditive ne se faisait sentir, il était inutile de continuer le traitement.

DEUX CAS DE SCLÉRODERMIE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'EXTRAIT THYROÏDIEN. — Deux médecins de New-York (1) viennent de publier chacun un cas de guérison de sclérodermie.

Le Dr Weber traitait une femme d'âge moyen qui présentait depuis trois ans de larges plaques sclérodermiques, dures comme du tissu cicatriciel, au niveau du bras droit et du cou. Des petits foyers de même nature siégeaient sur le menton et à la lèvre inférieure. L'usage de la liqueur de Fowler n'ayant produit dans ce cas aucun effet appréciable, notre confrère fit prendre journellement à la malade 3 tablettes contenant chacune 0 gr. 30 centigrammes d'extrait thyroïde. Après 100 tablettes, l'amélioration était manifeste : les placards du bras et du cou s'étaient modifiés avantageusement et ceux du menton et de la lèvre inférieure avaient complètement disparu. Après 250 tablettes, la malade pouvait être considérée pratiquement comme guérie.

Un autre médecin de New-York, M. le docteur B. Sachs, a aussi observé une femme obèse, âgée de 45 ans, qui

(1) *Semaine médicale*, 26 février.

présentait depuis plusieurs années des plaques scléroder-miques disséminées sur toute la surface du corps, ainsi que des taches jaunes aux mains. Sous l'influence de l'extrait thyroïde pris pendant plusieurs mois à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 90 centigrammes par jour, la sclérodermie s'améliora d'une façon manifeste, les taches pigmentées disparurent et la malade diminua considérablement de poids.

Thyroïdine amenant du délire de persécution et la mort. — Le Dr Stabel (1) rapporte qu'un homme robuste, d'une cinquantaine d'années, se servit de tablettes de corps thyroïde pour diminuer son embonpoint ; il fut pris du délire de persécution et mourut au bout de quelques jours ; à l'autopsie on trouva un œdème cérébral aigü.

Le Dr Stabel ajoute qu'un aliéniste qui vit le malade raconta que c'était la troisième fois qu'il observait du délire de persécution après l'usage de tablettes du corps thyroïde.

Dr Marc Jousset.

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 3 février 1896.

Un médecin homœopathe désire faire un remplace, ment. (S'adresser au bureau du Journal.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 *octobre* 1896. — Dans cette séance, il n'est fait aucune communication intéressante. Le Dr Hedé lit seulement un mémoire sur la puériculture et la protection de l'enfance.

Séance du 13 *octobre*. — *L'alcoolisme chez l'enfant, son influence sur la croissance.* Le Dr Lancereaux fait une communication au sujet de deux cas qu'il vient d'observer à l'hôpital, et fait remarquer que l'abus des boissons alcooliques a un effet funeste sur la croissance des enfants.

Le premier cas concerne une jeune fille de quatorze ans à laquelle, dès l'âge de trois ans, on donne du vin en excès (environ 500 grammes par jour) et dont l'abdomen commence à augmenter à partir de l'âge de douze ans jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. A cette époque, on constate l'existence d'une cirrhose hépatique manifestement liée à l'intoxication par le vin, avec albuminurie et accidents urémiques. Cette jeune fille présente, en outre, des caractères d'infantilisme très marqués et a l'aspect d'un enfant de huit ou neuf ans.

Le second cas se rapporte à une autre jeune fille du même âge que la précédente, soumise, dès l'âge de deux ans, à des excès de vin, et chez laquelle on constate tous les signes d'une cirrhose œnilique. Indépendamment de

ces accidents, elle présente une paralysie symétrique principalement limitée aux extenseurs des membres inférieurs et accompagnée d'hyperalgésie cutanée, caractères certains d'une intoxication par les essences. D'ailleurs, la mère de cette malade convient que, depuis l'âge de six ans, sa fille prend chaque jour, à son instigation, de la crème de menthe, de la chartreuse ou du byrrh, sous prétexte de mieux digérer le vin devenu indigeste. Mais, ce qui frappe le plus spécialement dans ce cas, c'est le faible développement de la malade qui a les apparences d'une enfant de cinq à six ans au plus, sa taille n'étant que de 97 centimètres et ses membres extrêmement grêles.

En présence de ces deux observations, le Dr Lancereaux ne peut hésiter à attribuer la diminution de la taille, constatée depuis quelques années par les conseils de revision, à l'extension prise par l'alcoolisme depuis quarante-cinq à cinquante ans. Désireux de vérifier ce fait par l'expérimentation, M. Paulesco, interne de M. Lancereaux, a soumis de jeunes poulets et de jeunes lapins soit à l'usage du vin, soit à celui de l'absinthe, et les résultats obtenus ont été favorables à cette manière de voir. En effet, ces animaux n'ont pas continué à se développer. C'est ainsi qu'un lapin mort le 30e jour de l'expérience ne pesait que 330 grammes tandis qu'un de ses frères qui lui servait de témoin pesait 715 grammes. En plus, le foie, la rate de cet animal présentaient des lésions dues à l'alcool.

Séance du 20 octobre. — Contributions à l'étude de la psittacose. — M. Debove fait un rapport sur un mémoire présenté à l'Académie par les Drs A. Gilbert et G. Fournier, au sujet de cette maladie.

On désigne sous le nom de psittacose une maladie in-

fectieuse d'un type spécial, transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de cette même affection. Il y a déjà eu plusieurs épidémies de psittacose, entre autres celle de 1892 qui frappa une cinquantaine de personnes. A ce moment, M. Nocard avait trouvé dans la moelle osseuse des perruches mortes de psittacose un agent pathogène qui, depuis, a été retrouvé par MM. Gilbert et Fournier, tout d'abord chez le perroquet et ultérieurement dans l'organisme humain. C'est une bactérie courte, assez épaisse, à extrémités arrondies, à la fois anaérobie et aérobie, extrêmement mobile. Elle se rapproche, par certains caractères, du bacille d'Eberth, mais s'en distingue par l'apparence de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre et surtout par son extrême virulence à l'égard des animaux de laboratoire.

La psittacose est une maladie grave, qui simule souvent au début la fièvre typhoïde ou la pneumonie. Elle semble plus dangereuse pour les personnes d'un certain âge, et surtout pour celles qui se laissent aller à nourrir des perruches malades de bouche à bec.

Les altitudes dans les pays paludéens de la zone torride. — C'est un nouveau travail de MM. Vincent et Burot, médecins de la marine sur lequel M. Laveran fait un rapport. Le séjour des altitudes présente surtout de grands avantages pour la prophylaxie des maladies paludéennes, et d'ailleurs, pour obtenir l'action préservatrice, il suffit souvent d'une faible élévation au-dessus des localités palustres. Mais, si les altitudes préservent, elles ne guérissent pas toujours. Les diarrhées, la dysenterie, les hépatites ne disparaissent pas aussi rapidement qu'on le croit dans les hauteurs des localités tropicales. Certaines stations élevées, en raison de leur humidité, de l'abon-

dance des pluies, de l'extrême variabilité de la température, sont nuisibles aux fébricitants, les diarrhées sévissent avec une fréquence et une gravité extrêmes dans les sanatoria des pays chauds. Tout en recommandant le séjour des altitudes dans les pays chauds, il faut donc se défier de l'action perturbatrice des stations élevées sur des organismes affaiblis. Mais les villes de santé peuvent rendre d'immenses services dans les pays tropicaux et à propos de l'occupation de Madagascar, MM. Vincent et Burot rappellent ce qui a déjà été fait dans ce but par les Anglais aux Indes et les Hollandais à Java.

L'alcoolisme par l'allaitement. — Après M. Lancereaux qui a attiré l'attention de l'Académie de médecine sur l'alcoolisme chez les enfants du second âge et les adolescents, M. Vallin vient rappeler les accidents auxquels sont exposés les enfants à la mamelle quand leurs nourrices se livrent accidentellement ou habituellement à des excès alcooliques. D'une enquête qu'il a faite dans un certain nombre de familles aisées, il résulte qu'à Paris on donne par jour aux nourrices quelquefois un litre, plus souvent une bouteille de bon vin, de vin généreux, dit vin de nourrices. Dans beaucoup de cas on y ajoute de la bière forte et de bonne qualité dont la quantité atteint aisément deux litres. Aussi, voici ce qu'on observe souvent : un enfant de quelques mois devient sans cause appréciable nerveux, agité, irascible. On ne le calme pas en le mettant au sein ; le sommeil est troublé la nuit par des cris, des cauchemars ou de l'insomnie. A ces crises d'agitation succède un sommeil lourd, prolongé, comateux, pendant lequel la face est grimaçante, les membres agités, parfois même il survient de

véritables convulsions. Ces accidents nerveux bien souvent ne sont pas rapportés à leur cause exacte, c'est-à-dire au passage dans le lait de la nourrice d'une petite quantité d'alcool pris en excès. Il faut donc y songer en présence de pareils accidents et surveiller le régime des nourrices. Dans la pratique, un demi-litre de vin par jour en mangeant, un litre de lait pur ou coupé dans l'intervalle, à discrétion de l'eau fraîche édulcorée avec un sirop de fruits, constituent la véritable boisson hygiénique pour une nourrice.

Séance du 27 octobre. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. — Pour le professeur Dieulafoy, l'intervention chirurgicale est souvent indiquée dans les péritonites de la fièvre typhoïde. Il faut d'ailleurs distinguer plusieurs formes de péritonites dans la fièvre typhoïde. Il y a :

1° Des péritonites par perforation qui surviennent de préférence pendant la période d'état ou pendant les rechutes de la fièvre typhoïde. La perforation peut atteindre l'iléon, le cæcum, l'appendice, le côlon. Ces péritonites ne sont pas seulement l'apanage des fièvres typhoïdes intenses, on les observe également dans les formes légères. Les symptômes qui annoncent la péritonite par perforation peuvent n'être qu'ébauchés, mais, qu'ils soient intenses ou légers, il y a habituellement un signe précieux, c'est la chute brusque de la température qui s'abaisse jusqu'à l'hypothermie. Les péritonites par perforation sont extrêmement graves, mais elles peuvent être enrayées dès leur début par des adhérences qui limitent à temps la perforation.

2° Il y a des appendicites para-typhoïdes qui survien-

nent habituellement dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces appendicites sont généralement accompagnées d'une reprise de fièvre, d'une augmentation de température, ce qui les distingue d'une péritonite par perforation. Elles évoluent comme une appendicite banale ; le processus infectieux peut limiter son action à la simple attaque appendiculaire sans la moindre péritonite ; il peut également (avec ou sans perforation secondaire de l'appendice) aboutir à toutes les complications de l'appendicite : péritonites enkystées, péritonite généralisée, abcès du foie, abcès à distance.

3° La soi-disant péritonite typhoïde par propagation, telle qu'on la comprenait depuis Thirial, n'existe pas.

Le traitement est de deux sortes : médical et peu efficace ; chirurgical et plus souvent à conseiller, en ayant soin de séparer les différentes espèces de péritonites typhoïdes.

Au cas d'appendicite typhoïde, et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions, elle donne les meilleurs résultats, pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation ; l'intervention chirurgicale est donc légitime, car elle est motivée.

Guérison de la peste bubonique. — M. Monod informe l'Académie que M. Yersin a obtenu à Amoy 20 guérisons

sur 22 cas de peste bubonique traités par les injections sous-cutanées de sérum de l'Institut Pasteur. La guérison de la peste par le sérum est donc scientifiquement démontrée.

Dr G. NIMIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. PROPRIÉTÉS AGGLUTINATIVE ET BACTÉRICIDE DU SÉRUM DES CONVALESCENTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — II. SÉRO-DIAGNOSTIC ET SÉRO-PRONOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — III. STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE CAUSÉE PAR L'ANTIPYRINE. — IV. INTOXICATION SATURNINE. — V. OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE. — VI. HÉMORRHAGIES DANS LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES. — VII. EPISTAXIS RÉPÉTÉES CHEZ UN SUJET PORTEUR DE PETITS ANGIOMES CUTANÉS ET MUQUEUX.

I

(*Séance du 9 octobre*). — MM. WIDAL et SICARD ont cherché la réaction agglutinante dans 17 nouveaux cas de fièvre typhoïde, ce qui porte à 39 les observations personnelles à M. Widal. La réaction existait chez ces 17 malades à leur entrée à l'hôpital (du 5e au 12e jour de la maladie).

M. Widal et Sicard ont fait les mêmes recherches avec le sang de convalescents de la fièvre typhoïde ; leurs recherches ont porté sur 16 malades, apyrétiques depuis un temps qui variait de deux à quarante-deux jours pour 15 malades ; le seizième était convalescent depuis six mois. Chez deux malades (le 18e et le 24e jour après le

début de l'apyrexie), le phénomène n'existait plus; chez les autres, il commençait à s'atténuer : cependant chez quelques-uns, et en particulier chez celui qui avait eu la fièvre typhoïde six mois auparavant, il était très manifeste; il est vrai que ce malade avait eu une fièvre typhoïde très grave.

Quant aux propriétés bactéricides, MM. Widal et Sicard ont fait des recherches comparatives avec du sérum de typhiques et du sérum d'individus indemnes; ils n'ont rien observé de spécial pour le sérum des typhiques.

II

(*Séance du 16 octobre*). — M. Catrin profite d'une petite épidémie de fièvre typhoïde qui vient de frapper la garnison de Paris, pour faire une communication sur le *séro-diagnostic et le séro-pronostic de la fièvre typhoïde*; du 28 juillet au 28 septembre, 48 hommes sont entrés dans le service avec un diagnostic d'envoi permettant de penser à la fièvre typhoïde. (Embarras gastrique fébrile, embarras gastrique, fièvre continue, courbature fébrile).

Sur ces 48 malades, 36 ont eu une fièvre typhoïde : 17 ont été graves, soit par les symptômes eux-mêmes, soit par leur durée, soit par les complications; 14 d'intensité moyenne et 5 très légères.

Dans tous ces cas, le séro-diagnostic a été observé d'une façon très nette.

Chez les 12 autres malades, le séro-diagnostic montrait qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde et l'observation ultérieure l'a démontré aussi.

Dans les cas de fièvre typhoïde, le séro-diagnostic a été pratiqué quatre fois au troisième jour de la maladie avec des résultats négatifs, au quatrième jour, il y a eu quatre

résultats positifs pour deux négatifs: tous les examens sont positifs à partir du cinquième jour.

M. Catrin pense qu'on pourrait essayer d'établir le *séro-pronostic* de la fièvre typhoïde; que plus la réaction est tardive et moins elle est intense, plus la fièvre typhoïde est bénigne. Ainsi, si on se reporte aux six cas dans lesquels il a cherché la réaction le quatrième jour, il y a eu deux examens négatifs pour quatre positifs; les deux examens négatifs ont eu pour sujet deux cas de fièvre typhoïde très légers et très courts; les quatre autres cas furent graves : « Les... (plus de 4 septenaires de durée, phlébite crurale double); Nai.... (fièvre ataxo-adynamique, délire, rechute) ; Jou... (fièvre ataxo-adynamique, délire), Beb... (fièvre assez grave avec rechute). »

M. Catrin a pu, en outre, avec du sérum de malades graves, clarifier des cultures datant de deux, trois, quatre jours, sur lesquelles n'avaient aucune action les sérums de typhoïdette ou de fièvre typhoïde moyenne.

M. Catrin espère que dans ce plus ou moins d'intensité d'action et dans l'apparition plus ou moins tardive de la réaction on trouvera les éléments du séro-pronostic.

Chez deux malades, atteints de suppurations dans le cours de la fièvre typhoïde, le sérum du pus, bien que celui-ci ait donné une culture pure de staphylocoques dorés, produisit la réaction agglutinante, aussi bien que le sérum sanguin.

M. Widal ne croit pas qu'on puisse encore faire le séro-pronostic de la fièvre typhoïde. On peut dire que « d'une façon générale, la réaction est moins intense dans les cas de fièvre thyphoïde légère que dans les cas graves et surtout moins durable après la déferveseence ». Il a vu « dans les formes moyennes de la maladie, la réaction apparaître

sans raison à des dates variées, présenter une intensité plus ou moins marquée, une durée plus ou moins longue ». Dans le cas même où la réaction lui a paru le plus retardée, il s'agissait d'une fièvre typhoïde grave terminée par la mort.

III

M. Dalché a observé un curieux cas de *stomatite ulcéro-membraneuse* causée par l'antipyrine.

Au mois de septembre 1895, un jeune homme de 26 ans vint lui montrer des ulcérations fort douloureuses qui étaient apparues sur sa langue et ses lèvres depuis plusieurs jours et qu'il traita comme une stomatite ulcéro-membraneuse, qui persista une quinzaine de jours.

Au mois d'octobre, même affection ; le malade fit la remarque que les deux fois la stomatite avait commencé de quatre à huit heures après avoir pris 1 gramme d'antipyrine.

Prévenu, le malade prit 1 gramme d'antipyrine pour un accès de migraine dans la soirée du 20 novembre, et arriva le lendemain avec des phénomènes buccaux à leur début. Sur les deux lèvres rouges et sèches, faisaient saillie quelques vésicules pleines d'un liquide clair ; la face dorsale de la langue portait aussi d'assez nombreuses vésicules claires, les unes grosses comme des lentilles, les autres un peu plus larges, et entre elles, la muqueuse linguale devenue blanchâtre présentait des plis dont quelques-uns étaient très légèrement soulevés par un peu de liquide. L'aspect général de la lésion rappelait assez celui d'une brûlure sur laquelle se seraient développées quelques phlyctènes.

La partie antérieure du palais en arrière des dents était

également blanche et plissée ; on ne trouvait rien sur les joues ni sur le voile.

Le malade se plaignait d'une sensation de cuisson très pénible dans toute la bouche, et d'une salivation abondante, épaisse et visqueuse. La pression ne réveillait aucune douleur au niveau des parotides et des glandes sublinguales.

A cette stomatite s'ajoutaient en outre deux manifestations bien caractéristiques pour mettre hors de doute une intoxication par l'antipyrine : une injection très marquée de la conjonctive et un écoulement nasal, véritable coryza symptomatique.

Le Dr Dalché s'assurait alors que les urines, assez abondantes du reste, *ne contenaient pas d'albumine.*

Deux jours après, quelques vésicules avaient éclaté et laissaient des ulcérations rouges et humides ; plus tard, en d'autres points, la muqueuse soulevée d'abord par le liquide, s'affaissa sur des ulcérations qui apparurent fort nettement lorsque la langue se fut dépouillée presque en entier, les croûtes persistèrent quelque temps sur les lèvres.

Avant le mois de septembre, le malade avait pris plusieurs fois de l'antipyrine sans observer les mêmes accidents, il faut ajouter que depuis le mois de septembre il avait une dent de sagesse en train de sortir de la gencive, ce qui explique peut-être sa susceptibilité particulière,

Les complications buccales occasionnées par l'antipyrine s'arrêtent le plus souvent « au gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge, auquel se joint aussi la tuméfaction des premières voies aériennes. Cependant Lépine rapporte deux cas, l'un de Salinger où il se développa sur la langue, les lèvres et le pharynx de nombreuses fausses

membranes d'apparence diphtéritique, l'autre de Gicquel, où, au bout de dix minutes, il survint une démangeaison très vive aux gencives et plus particulièrement au bord libre des gencives supérieures ».

Les malades se plaignent aussi assez souvent de brûlures d'estomac, souvent avec vomissements; mais il peut survenir des douleurs gastriques inquiétantes. « Lépine cite un fait où, après l'absorption de moins de 50 centigrammes d'antipyrine, une jeune fille ressentit pendant trois ou quatre minutes des souffrances stomacales atroces provoquant des cris et des contorsions épouvantables. Israel, dit le même auteur, aurait même vu une hématémèse suivie de convulsions et de mort. Combemale a publié un fait d'antipyrinisme chronique où les signes simulaient ceux de l'ulcère rond. »

M. Dalché a observé un cas de même ordre : une jeune fille avait des douleurs d'estomac sans doute se rapportant à l'hyperchlorhydrie. Son médecin lui conseilla des paquets de 0,50 d'antipyrine un à trois par jour au moment des crises. « Une première fois, les souffrances furent calmées instantanément ; une deuxième fois, deux mois plus tard, dès l'absorption du premier paquet, la malade ressentit à l'estomac des brûlures très différentes de ses souffrances gastriques habituelles ; deux heures après, elle avala néanmoins un second paquet et presqu'aussitôt se crut empoisonnée ; elle éprouvait une sensation atroce de déchirure au creux épigastrique avec irradiation dans le dos et au niveau de la taille, sans vomissements, ni angoisse respiratoire ; elle resta deux jours ne prenant aucun aliment, osant à peine bouger, tellement la douleur était violente ; puis les symptômes se calmèrent peu à peu et il ne survint ni éruption, ni œdème,

ni aucun des accidents cutanés ordinaires de l'antipyrine. »

M. Kuss, interne des hôpitaux, a raconté à M. Dalché l'histoire d'un monsieur de 34 ans, qui prend de l'antipyrine contre des accès de migraine : « A plusieurs reprises, dix à douze heures après l'absorption du médicament, il ressent un prurit intense accompagné de rougeur à l'aile droite du nez, à l'extrémité du médius de la main droite et au scrotum ; puis il se produit, au niveau du nez et du doigt, une phlyctène, contenant un liquide clair, absolument identique à la phlyctène d'une brûlure qui éclate au bout de quelque temps et se cicatrise bientôt. »

MM. Coulon et Verny ont vu un homme de 23 ans, après l'absorption d'un gramme d'antipyrine, pris par deux fois de démangeaisons généralisées avec éruption sur tout le corps de larges plaques rougeâtres, qui se transformèrent huit jours après en phlyctènes assez étendues, contenant un liquide citrin.

Nous avons rapporté avec détail tous ces accidents causés par l'antipyrine, car nous autres homœopathes, nous pourrons essayer de transformer ces symptômes pathogénétiques en indications thérapeutiques.

IV

M. Rendu a été appelé en province auprès de deux de ses clients, le frère et la sœur, qui présentaient des symptômes de vomissements, de coliques violentes, de constipation ; l'examen des malades lui fit penser à des accidents saturnins et voici la cause de cet empoisonnement. Ces deux personnes buvaient du cidre, qui était tiré au moment des repas dans de grands pots d'étain ; lorsqu'il restait du cidre à la fin du repas, il séjournait dans le pot

de métal jusqu'au repas suivant L'analyse chimique démontre que ces pots étaient fait en alliage d'étain et de plomb contenant près de 30 p. 100 de plomb.

V

(*Séance du 23 octobre.*) — M. Achard présente à la Société une malade de son service atteinte d'une oblitération de la veine cave supérieure : tandis que la moitié inférieure du corps présente sa coloration normale avec peau sèche, non œdémateuse, malgré quelques varices des jambes, « la moitié supérieure est d'un rose légèrement violacé ; sur les seins, la partie supérieure du thorax et le cou, les téguments, sans être œdématiés, sont tendus, le membre supérieur droit est même le siège d'un œdème assez prononcé pour rendre impossible la recherche du pouls radial..... Sur les côtés du cou, on voit se dessiner en relief des cordons veineux qui, au toucher, se montrent noueux, résistant, et ne se laissent pas affaisser par la pression. Du côté droit principalement, ces cordons sont volumineux, et l'on suit jusqu'à l'origine du tronc veineux brachiocéphalique, la jugulaire externe et la sous-clavière qui ont le calibre du petit doigt ».

Lorsque la malade est entrée à l'hôpital il y a un mois, les symptômes étaient plus accusés ; il existait de la bouffissure de la face. L'amélioration s'explique par le développement de la circulation collatérale qui fait chaque jour des progrès manifestes.

M. Comby, qui a présenté en janvier 1892 un malade semblable, raconte qu'il vit encore ; « il n'a plus d'œdème, il se livre à quelques occupations peu fatigantes, il conserve seulement sur le devant de la poitrine des veines énormes, des varicosites, des ectasies vasculaires qui té-

moignent de la persistance de l'oblitération de la veine cave supérieure ».

VI

M. Comby vient d'observer 3 cas d'hémorrhagies dans la vulvo-vaginite des petites filles. Il rapporte des observations ainsi que des faits analogues décrits par M. Broca et son élève M. Pourtier sous le nom de prolapsus de la muqueuse de l'urèthre.

Voici les conclusions de sa communication :

Quand la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles « se propage à l'urèthre, elle détermine quelquefois un bourgeonnement de la muqueuse du méat ou un renversement, un prolapsus de la muqueuse uréthrale (faits de M. Broca). Ce bourgeonnement ou ce prolapsus se présente sous forme d'une petite masse molle, très vasculaire, qui saigne au moindre frottement, au moindre contact ».

Il est facile de s'assurer que l'hémorrhagie part de là, et que l'orifice vaginal ne livre passage à aucun flux sanguin. Il n'y a donc ni règles anticipées, ni ménorrhagies. ni métrorrhagies proprement dites.

Cette petite complication de la vulvo-vaginite infantile n'est pas grave, la perte de sang n'est jamais très abondante, et les cautérisations de la surface saignante combinées avec des lavages antiseptiques amènent rapidement la guérison.

Toutefois, dans quelques cas, le prolapsus forme une tumeur irréductible qu'on est obligé de traiter chirurgicalement, d'après les observations de M. Broca.

VII

M. Rendu rapporte une observation qui présente, à son

avis, quelque ressemblance avec le cas d'hémophilie du Dr Chauffard que nous avons relaté il y a quelques mois.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, entré dans son service le 28 septembre, dans une apparence d'anémie profonde : pâleur, teint jaune des téguments, palpitations, fatigue au moindre effort.

Cet affaiblissement s'explique par une sorte de diarrhée chronique, qui n'existe pas à son entrée à l'hôpital, mais dont il souffre fréquemment, et par des épistaxis qui se répètent depuis trois semaines, plusieurs fois par jour, principalement le matin et dans la seconde partie de la nuit. Ces épistaxis sont ordinairement peu abondantes, mais leur répétition a anéanti le malade.

En l'examinant, on observe sur la peau du nez, des joues, de la lèvre supérieure et du menton, ainsi qu'au devant du cou et de la poitrine, « de petites taches pourprées, grandes comme une tête d'épingle, les plus grosses atteignant la dimension d'une lentille et qui sont de véritables angiomes cutanés » analogues à ceux décrits par par M. Chauffard. La muqueuse de la bouche (face interne des lèvres et des joues, langue et voile du palais) est le siège de petites dilatations vasculaires semblables. « Il n'est pas irrationnel de supposer que sur la cloison du nez ou dans les fosses nasales, il n'en existe de semblables. »

Il serait si peu irrationnel de le croire que les spécialistes ont l'habitude de rechercher sur la cloison une artériole dilatée comme origine des épistaxis et de la détruire avec l'acide chromique, prétendant guérir ainsi les épistaxis d'une façon radicale.

M. Rendu voyant que les hémorrhagies continuaient malgré le traitement général, conseilla comme traitement

local, de priser plusieurs fois par jour de la poudre composée suivante :

Antipyrine	0,50
Tanin.	1 gramme.
Sucre en poudre . . .	Q. S.

Dès le troisième jour, les hémorrhagies ne reparurent plus et le malade a quitté l'hôpital dans un très bon état de santé.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DES CANCERS INOPÉRABLES PAR L'ASSOCIATION DE LA MORPHINE ET DE LA CAFÉINE

Le D[r] H. Snow, chirurgien de l'hôpital des cancéreux, à Londres, prétend que la morphine, associée à la cocaïne et employée à dose élevée pendant longtemps exerce une action favorable pour arrêter le développement des cancers et pour retarder les récidives.

Une de ses observations particulièrement concluante a trait à une femme qu'on avait amputée du sein gauche pour un squirre gros comme une orange et ayant envahi le creux axillaire où plusieurs ganglions s'étaient ulcérés. Six mois après l'opération, l'autre sein s'était transformé en une vaste tumeur cancéreuse ; en outre, on trouvait à la face, sur le cuir chevelu et le tronc, de nombreux nodules métastatiques.

Sous l'influence de la morphine administrée par la

bouche en quantité progressivement croissante jusqu'à la dose de 0 gr. 03 centigrammes répétée trois fois par jour, l'état de la malade s'améliora rapidement : au bout de six semaines l'appétit et les forces étaient revenus, la tumeur du sein droit s'était affaissée, ratatinée, ainsi que les nodules cutanés dont beaucoup avaient complètement disparu. Ce ne fut que plus de six ans après l'opération que l'état de la malade empira brusquement, et la mort survint à la suite de métastases abdominales ayant donné lieu à de l'ascite.

Dans un autre cas non moins remarquable, il s'agissait d'un épithélioma du maxillaire inférieur ayant envahi le plancher buccal et s'accompagnant d'une tuméfaction énorme des ganglions cervicaux. On administra la morphine et la cocaïne, la première à la dose de 0 gr. 015 milligrammes, et la seconde à celle de 0 gr. 06 centigrammes, doses qu'on répétait trois fois par jour. Grâce à ce traitement, l'ulcération buccale se cicatrisa presque complètement ; les douleurs, la salivation et l'écoulement fétide disparurent.

Notre confrère aurait obtenu des résultats également favorables dans un grand nombre de cancers d'organes divers. (*Semaine médicale*, 23 septembre.)

Tout en signalant ce traitement qui paraît avoir une certaine efficacité et que nous expérimenterons à l'occasion, nous ferons quelques réserves, nous demandant si le médecin anglais a toujours eu affaire à des cancers véritables, ou si les cas qu'il a observés n'étaient pas des cancers à évolution naturellement lente comme on en rencontre.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA BALNÉATION INTERNE

Le Dr Duch enne (de Saint-Anne d'Auray) fait à la Société de thérapeutique la communication suivante :

Il est souvent difficile d'appliquer la méthode de Brand dans les campagnes. Il estime qu'en pareil cas, l'ingestion de quantités notables de liquide, jointe à l'administration de grands lavements froids, exerce une action des plus heureuses dans le traitement de la dothiénentérie.

Le malade boit environ 3 litres à 3 litres 1/2 de liquide, lait ou boissons rafraîchissantes, mais peu de bouillon, en raison de la toxicité de ce dernier.

Ce traitement a été appliqué en Bretagne à 54 malades atteints de fièvre typhoïde de gravité différente. Si on élimine les typhoïdettes, sur 37 cas on compte seulement 2 morts.

M. Alb. Robin approuve cette manière de faire, qui vient confirmer ce qu'il avait déjà avancé en 1877. Les grandes quantités de liquide absorbées par les malades atteints de fièvre typhoïde agissent favorablement en entraînant les déchets toxiques et en favorisant les oxydations.

M. Alb. Robin et M. Catillon protestent en faveur du bouillon qui n'est pas un liquide toxique et qui peut être très utile chez les malades qui ne supportent pas le lait. (*Semaine médicale*, 21 octobre.)

TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE PAR LA PONCTION RENALE

Dans la séance du 12 octobre de la Société de médecine de Londres, M. Reginald Harrison a fait une impor-

tante communication sur l'effet curatif que l'incision du rein et même de simples ponctions rénales sont susceptibles d'exercer à l'égard de l'albuminurie.

C'est là un résultat imprévu que l'orateur a obtenu à la suite de trois opérations pratiquées sur le rein non dans le but de combattre l'albuminurie, mais pour la recherche et l'évacuation de calculs ou de collections purulentes du rein.

Dans la première de ces observations il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, chez lequel M. Harrison pratiqua la néphrotomie par la voie lombaire croyant avoir affaire à un foyer purulent siégeant sous la capsule rénale ou dans son voisinage. Le malade avait eu la scarlatine trois semaines auparavant. Il présentait des douleurs lombaires intenses et de l'albuminurie. Après avoir incisé la capsule fibreuse de façon à pouvoir explorer le rein avec le doigt, l'orateur trouva le parenchyme de l'organe si tendu qu'il agrandit l'incision et ouvrit le rein s'attendant à y trouver du pus, mais il ne constata aucune trace de suppuration. Tout d'abord la plaie donna issue à du sang et à de l'urine, mais au bout de dix jours elle était complètement cicatrisée. Après l'intervention la diurèse augmenta considérablement et l'albuminurie diminua peu à peu pour disparaître bientôt tout à fait.

Le second cas a pour sujet un homme de 50 ans, avec hématuries, douleurs inguinales et albuminurie intense. Le rein droit paraissant volumineux, il pratiqua une incision à travers la substance corticale, ne trouva pas de calcul dans le bassinet. Après cicatrisation de la plaie, état satisfaisant du malade, dont les urines ne contenaient plus d'albumine.

Le troisième fait concerne une femme de 44 ans chez

laquelle, à la suite d'une attaque d'influenza, on vit se produire une forte albuminurie accompagnée de douleurs au niveau de la région rénale gauche. M. Harrison trouva le rein gauche tuméfié. Il l'ouvrit et put se convaincre qu'il ne contenait point de calculs. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, l'albuminurie et tous les autres symptômes rénaux se dissipèrent après la guérison de la plaie opératoire.

L'orateur estime qu'il sagissait dans la première de ces observations de néphrite scarlatineuse, dans la seconde de néphrite *a frigore*, et dans la troisième de néphrite grippale.

Le Dr Harrison a eu connaissance de 2 cas de néphropexie ayant amené la guérison d'albuminuries antérieures.

Il pense donc que dans les albuminuries à marche chronique sans tendance à la guérison, ou dans celles qui s'accompagnent rapidement d'anurie, on serait autorisé à faire une incision lombaire et à ponctionner le rein. (*Semaine médicale*, 21 septembre.)

DU SULFATE DE SOUDE COMME HÉMOSTATIQUE

M. Reverdier a employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude dans les hémorrhagies capillaires graves, spontanées ou traumatiques. Il en donnait 10 centigrammes toutes les heures.

Ce traitement lui a réussi particulièrement dans un cas où l'hémorrhagie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée, avait résisté à tous les moyens employés depuis huit semaines pour la combattre.

Cette médication est employé dans le nord de l'Allemagne contre l'hémophilie. (*Semaine médicale*, 21 octobre.)

TRAITEMEMT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES PAR LE BICARBONATE DE SOUDE A HAUTE DOSE.

Le Dr Stadelmann (de Saal) conseille l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose dans le traitement des affections tuberculeuses.

Dans quatre cas de lupus, il a fait ingérer aux malades 30 à 45 grammes de bicarbonate de soude par jour, en plusieurs fois. Sous l'influence de cette médication les ulcérations lupiques ne tardaient pas à bourgeonner activement; les croûtes qui les recouvraient devenaient de moins en moins épaisses et les plaies finissaient par se cicatriser.

Il y aurait quelquefois au début des poussées en des points paraissant indemnes auparavant. Chez un de ses malades M. Stadelmann a observé pendant ce traitement un abcès ganglionnaire du cou.

Notre confrère a eu également recours à la médication sodique dans certaines autres affections tuberculeuses. Chez un jeune homme de 18 ans, scrofuleux dès son enfance et porteur de ganglions cervicaux si volumineux que quelques-uns d'entre eux avaient dû être extirpés, il a obtenu, par l'ingestion quotidienne de 30 grammes de bicarbonate de soude, une diminution considérable des tuméfactions ganglionnaires, ainsi qu'une amélioration manifeste de l'état général.

Chez un enfant de 2 ans et demi atteint de coxalgie, la

tuméfaction et les douleurs de la hanche diminuèrent sous l'influence de l'ingestion de 10 grammes de bicarbonate de soude par jour, au point que le petit malade put commencer à marcher, ce qui lui était impossible auparavant.

Enfin, dans deux cas de tuberculose pulmonaire, la médication sodique a produit une amélioration considérable de l'état général et local. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, qui prenait jusqu'à 40 grammes de bicarbonate de soude par jour. L'autre malade, un homme de 23 ans, ingérait une dose de 2 grammes de phosphate de soude, répétée trois fois dans les vingt-quatre heures; on lui pratiquait, en outre, des injections sous-cutanées contenant chacune 1 gr. 50 centigrammes de chlorure de sodium pour 4 cc. 5 d'eau distillée. (*Semaine médicale*, 17 juillet.)

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE MALIGNE PAR LE SÉRUM DE ROUX

M. le Dr Fourrier (de Briey) rapporte qu'il s'est trouvé, le 8 mai dernier, en présence d'un cas de scarlatine maligne chez un enfant de 8 ans; cette scarlatine s'accompagnait d'angine diphtéritique et après douze heures de maladie, l'enfant était en pleine agonie; injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtéritique; trois heures après amélioration considérable du petit malade, qui guérissait en quelques jours après de nouvelles injections.

L'effet du sérum dans ce cas permettrait de l'essayer dans des cas de scarlatine maligne même sans angine diphtéritique. (*Gazette des hôpitaux*, 22 septembre.)

LÉSIONS PRODUITES PAR L'EMPLOI PROLONGÉ DE L'ACIDE SALICYLIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE

L'emploi prolongé de ces substances chez les lapins a permis de constater que l'acide salicylique a une action plus forte et plus rapide que le salicylate de soude. Voici les lésions constantes : dégénérescence albuminoïde et graisseuse du foie ; cirrhose biliaire ; néphrite parenchymateuse chronique ; gastrite chronique. (*Wratch, St-Pétersbourg* 1896.)

SÉROTHÉRAPIE ANTISTAPHYLOCOCCIQUE

M. Capman fait à l'Académie des sciences (*Seance du* 5 octobre) une communication sur la sérothérapie antistaphylococcique.

Il s'est servi du chien comme animal à immuniser ; il injecte sous la peau des toxines de staphylocoques filtrées à la bougie Chamberland ; ces injections sont faites à doses minimes au début, mais progressivement croissantes. Lorsqu'il a éprouvé, par les premières injections, la puissance de réaction de l'animal, M. Capman augmente la dose le plus possible afin de déterminer chaque fois le maximum de réaction ; il ne fait une nouvelle injection que lorsque le poids et la température sont revenus à l'état normal.

Il a pu ainsi faire supporter des doses énormes de toxine. Il possède une chienne de 25 kilos, dont l'immunisation a été commencée en février, qui a supporté récemment une injection massive de 600 centimètres cubes de toxine, alors que deux chiens non vaccinés ont succombé rapidement l'un au dixième, l'autre au vingtième de cette dose.

Pour que le sérum des chiens ainsi immunisés soit

efficace et sans danger, il faut attendre quinze jours ou trois semaines après la chute de la fièvre; le sérum recueilli deux jours seulement après la chute de la fièvre était beaucoup plus toxique que la toxine elle-même.

L'efficacité thérapeutique de ce sérum, soit comme préventif, soit comme curatif, est incontestable. (*France médicale*, 16 octobre.)

DES MÉDICAMENTS CHOLAGOQUES

M. Stadelmann publie les résultats de ses recherches sur l'action cholagoque d'un grand nombre de substances. Il a fait plusieurs centaines d'expériences sur des chiens porteurs de fistules biliaires avec double ligature et résection partielle du canal cholédoque.

Substances sans action — 1° L'eau, quels que soient la quantité, la température et le mode d'administration; 2° les alcalins (sels de soude, de magnésie de potasse), à hautes doses; ils diminueraient plutôt la sécrétion biliaire; 3° les purgatifs et drastiques (jalap, aloès, rhubarbe, podophyllum, scamonée, calomel, etc.) : 4° l'alcool et l'huile d'olive, qui diminueraient plutôt la quantité.

Substance diminuant la quantité de bile. — L'atropine et peut-être la pilocarpine.

Substances à action cholagoque douteuse. — Antipyrine, antifébrine, caféine, nitro-benzoate de caféine, diurétine, santonine, remède de Durand.

Substances véritablement cholagoques. — 1° Le salicylate de soude à dose moyenne, qui augmente surtout les éléments aqueux de la bile. 2° la bile et les sels des acides biliaires, surtout provenant d'un autre animal, qui augmentent

non seulement les parties aqueuses de la bile mais les éléments qui sont en dissolution. Dans la discussion que cette communication a amenée à la Société médicale de Berlin, M. Rosenberg a confirmé que les alcalins diminuaient la quantité et accroissaient la consistance de la bile ; mais il soutient l'action cholagogue de l'huile d'olive. (*Berlin. Klin. Woch.*, 2 et 9 mars 1896.)

LE BLEU DE METHYLÈNE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES.

M. Rœttger a donné à sept malades atteints de fièvre intermittente du bleu de méthylène avec un succès rapide ; la fièvre a disparu et les plasmodies ont disparu du sang. On faisait prendre au malade 6 à 8 capsules de 0,10 par jour. Un malade a présenté une récidive trois semaines après ; un autre s'est plaint d'une dysurie rapidement calmée par la noix muscade. (*Deutsche med. Woch.* 9 avril 1896.)

M. Stchegolor rapporte qu'un malade arrivé à la dernière période de la cachexie palustre, et qui allait de mal en pis malgré le sulfate de quinine et l'arsenic, fut rapidement guéri par l'emploi de 5 centigrammes par jour de bleu de méthylène, divisés en 3 cachets ; dès le troisième jour il n'y avait plus de fièvre et on constatait une diminution de la rate ; on donnait le traitement pendant six jours, puis le malade se reposait six jours. Depuis un an le malade est guéri sans récidive. (*Vratch*, n° 17. 1896.)

INTOXICATION MORTELLE PAR L'IODURE DE POTASSIUM

MM. Canuet et Barasch ont publié dans les *Archives générales de médecine* (1) l'observation d'une femme de 67 ans, non syphilitique, traitée dans une bronchite par une potion contenant 3 grammes d'iodure de potassium pour 150 grammes de véhicule. Dès les premières cuillerées, il se montra au front une pustule, puis progressivement, en huit jours, un grand nombre de pustules et de bulles envahirent le front, les joues, la nuque, puis gagnèrent la face dorsale des mains et de l'avant-bras droit. Le tronc, le cuir chevelu et les membres inférieurs ne présentaient pas d'éruption. Quelques-unes des pustules crevèrent en laissant couler un liquide d'odeur infecte et paraissant constitué par un mélange de pus et de sang.

Le nez était énorme et déformé ; à sa base était un placard pustuleux s'étendant sur les deux côtés de la figure et recouvert d'une croûte melliforme. Uue tumeur mamelonnée, mollasse, d'une longueur de 5 centimètres, occupait la partie inférieure de la joue droite et s'étendait jusqu'à la commissure des lèvres ; elle ressemblait à une tomate coupée par le milieu. Il y avait symétriquement sur la joue gauche une tumeur à peu près semblable.

La région sous-maxillaire présentait à gauche une tumeur analogue et il y en avait deux autres sur la nuque. Ces tumeurs ressemblaient beaucoup au mycosis fongoïde. Les paupières étaient gonflées et recouvertes de phlyctènes purulentes.

L'examen des urines y montra la présence de l'iode.

(1) Octobre 1896.

L'état général de la malade était très mauvais et elle mourut dans le marasme avec des symptômes d'œdème pulmonaire.

L'autopsie n'a pas été faite. L'examen histologique d'un morceau de la peau prise au niveau des tumeurs, faits par M. Gastou, le chef de clinique de M. Fournier, a montré des hémorrhagies et de l'œdème lymphatique ; on a trouvé aussi des staphylocoques et des streptocoques.

MM. Canuet et Barasch n'ont trouvé qu'un seul cas semblable à celui qu'ils ont observé ; il a été rapporté récemment dans l'atlas de M. Hutchinson ; comme dans leur observation, les lésions cutanées avaient l'aspect du mycosis fongoïde et les auteurs se demandent s'il ne serait pas possible de rattacher à l'iodisme grave un grand nombre de faits décrits sous ce nom.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les médecins homœopathes du Mexique, qui ont pu obtenir récemment une école officielle d'homœopathie, ont expérimenté dans la fièvre typhoïde, affection très fréquente au Mexique, quelques nouveaux remèdes dont ils vantent les bons effets.

Les cinq remèdes suivants ont été expérimentés par les D[rs] Carranza et Legarreta ; nous nous bornerons à en donner les indications que nous extrayons de l'excellent ouvrage du D[r] Olive Y. Gros, de *Barcelone* : *La fiebre tifoidea y su tratamiento homœopatico*.

Achyranthes calea. Ce médicament correspond aux prodrômes du typhus ; le malade se plaint d'une céphalalgie frontale qui peut être très intense, avec douleurs dans les

tempes et les orbites; regard brillant, photophobie, larmoiement, épistaxis, soif constante avec sécheresse et chaleur dans la bouche, frissons surtout par le mouvement, pesanteur et brisement de tout le corps, dépression morale, miction fréquente avec cuisson dans l'urèthre.

Ce médicament a une action plus constante et plus durable que l'*aconit*. Administré à la 6[e] dilution, une dose toutes les heures, il produit une transpiration abondante qui améliore l'état du malade et favorise l'effet des remèdes ultérieurs.

Terebinthina de Chio. Ce médicament est indiqué à la fin de la première semaine, lorsque la période hyperémique a atteint son apogée et que les pétéchies et les autres symptômes coïncidant avec l'infiltration des follicules intestinaux commencent à se montrer. Les indications sont : Stupeur, état comateux, pesanteur et congestion de la tête, injection de la sclérotique, épistaxis, sécheresse des narines, mauvais goût dans la bouche, langue visqueuse et rouge, éructations difficiles, chaleur à l'estomac, selles rares avec cuisson à l'anus, sueurs abondantes qui n'amènent aucune amélioration, prostration.

Rajana subsamarata. Ce remède correspond aux symptômes alarmants de la fièvre typhoïde.

Lorsqu'après la période d'infiltration des follicules des intestins, il y a menace d'ulcérations et de gangrène, lorsque le malade perd connaissance, délire, respire avec la bouche ouverte et que les dents deviennent fuligineuses avec langue sèche, brune, parcheminée et soif insatiable, le visage accusant une souffrance et une angoisse mortelle, c'est alors que *rajana* produit souvent des effets merveilleux. Les indications sont : Perte de connaissance avec moral exalté et accès de colère, de fureur ou de lasciveté

comme dans *bellad.* et *stram.*, ou bien idées vagues et confuses avec marmotement inintelligible, regard stupide et terne, yeux injectés, dureté de l'ouïe et bruits dans les oreilles, haleine fétide, langue parcheminée, salive gluante, respiration inégale, face hippocratique, météorisme considérable, sensibilité dans les hypochondres, selles vertes foncées, adynamie, eschare au sacrum.

Illecebrum. — Ce médicament est très efficace lorsque la fièvre est vive et persistante et qu'il existe des symptômes de pneumonie.

Ses indications principales sont : langue blanche-jaunâtre, sèche et parcheminée, dents recouvertes d'un enduit jaunâtre, surdité, épistaxis, douleur temporale, douleurs pectorales, dyspnée, crachats rouillés.

Illecebrum seul ou alterné avec *rajana*, suivant la gravité du cas, est toujours indiquée lorsque la vie est menacée par l'élévation continue de la température avec fréquence de pouls, perte d'appétit, soif intense, diminution de la sécrétion urinaire, météorisme avec selles verdâtres ou noirâtres involontaires et fétides, pétéchies nombreuses.

Hoitzia coccinea. On l'emploie surtout dans le typhus scarlatineux des auteurs classiques, avec complications d'ulcérations typhiques du larynx. Il est indiqué lorsque l'exanthème est très prononcé et annonce, par sa couleur et son extension, la dissolution prochaîne du sang; les yeux se ferment pesamment, la peau est rouge et ardente comme dans l'urticaire, avec démangeaisons; il y a des vomissements. Ce remède a donné égalements de brillants résultats dans la scarlatine.

Journal belge d'homœopathie.

ORGANOTHÉRAPIE.

Les principales préparations sont :

Cerebrinum : Cerveau de veau desséché et pulvérisé' employé dans la neurasthénie cérébrale et la chorée.

Glandulæ suprarenales : Capsules surrénales desséchées et pulvérisées, employées dans la maladie d'Addison, le diabète, et les affections caractérisées par la perte de la puissance vaso-motrice : maladie de Basedow, certaines affections cardiaques.

Hypophysis cerebri sicc. pulv. préparation extraite des glandes pituitaires du veau, employée dans l'acromégalie.

Medulla ossium rubra sicc. pulv. : moelle rouge desséchée des os du veau, employée contre l'anémie, le rachi tisme, la pseudo-leucémie.

Prostata siccata pulv. : prostate d'animaux desséchée et pulvérisée, employée dans l'hypertrophie prostatique et les troubles urinaires consécutifs.

Renes siccat. pulv., préparation de reins de mouton et de porc, employée dans l'inflammation chronique des reins et l'urémie.

Thymus iccatus pulv. : préparé avec le thymus du veau et du mouton, employé dans le goître et la maladie de Basedow.

Thyroïdine : extrait de la glande thyroïde d'animaux; employé dans le goître, le myxœdème, l'obésité.

Toutes ces préparations sont administrées sous forme de tablettes, à la dose de 1 à 3 décigrammes par jour. (*Leipziger populære Zeitschrift für homœopathie.*)

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1896

DE LA PRÉDISPOSITION DÉFINIE

COMMENT LE PROFESSEUR JACCOUD ÉCRIT L'HISTOIRE.

Si la *Semaine médicale* du 18 novembre est tombée sous les yeux des lecteurs de l'*Art médical*, ils auront été à la fois heureux et surpris par l'article du professeur Jaccoud sur l'*étiologie dans les maladies microbiennes*. Heureux de voir les doctrines étiologiques si chères à J.-P. Tessier et à ses élèves exposées et défendues par un professeur de la Faculté, un membre de l'Académie de médecine.

Mais s'ils ont été heureux de voir cette grande question sortir de la publicité modeste de l'*Art médical* pour entrer, si j'ose le dire, dans le monde officiel, ils ont été surpris, mais à un point que je ne saurais assez dire, d'apprendre que le professeur Jaccoud était, après Hippocrate, l'inventeur de la doctrine des *prédispositions définies*.

Je sais qu'on trouve un peu ce qu'on veut dans les œuvres d'Hippocrate; mais trouver dans cet auteur, comme l'affirme M. le professeur Jaccoud la formule « prédispositions définies » c'est plus fort que tout ce qu'on a jamais vu en fait d'interprétations libres.

La doctrine étiologique d'Hippocrate se retrouve dans plusieurs de ses livres. Elle se résume en somme dans cette idée que la santé résulte de la juste proportion des quatre humeurs : la bile, l'atrabile, le sang et le

phlegme. La maladie résulterait du trouble, du désordre, du défaut d'équilibre de ces mêmes humeurs; et ce désordre serait engendré par le froid, le sec, le chaud, l'humide et surtout le vent.

Sans vouloir citer tous les passages d'Hippocrate, je désire cependant en rapporter quelques-uns qui feront comprendre la doctrine d'Hippocrate sur ce point de pathologie.

« La cause des maladies est une » (Livre des Vents, paragraphe II, édition de Littré.) « Ce qu'est cette cause j'essaierai de l'exposer dans la suite de ce discours. » Dans le paragraphe III. Hippocrate considère l'action du vent dans la nature, puis dans le corps des animaux; au paragraphe V, il considère l'air comme la cause des maladies, qu'il soit en excès, ou en défaut, ou souillé de miasmes morbifiques.

Dans les paragraphes suivants, Hippocrate trouve que l'air est la cause de la fièvre; et je vous fais grâce de ses explications parce que je ne voudrais pas faire rire aux dépens du père de la médecine. Après la fièvre, l'air est cause des tranchées et des iléus, puis des fluxions et des hémoptysies. « Quand les veines de la tête se remplissent d'air ». L'air est encore cause des ruptures, des hydropisies, des apoplexies, des épilepsies.

Conclusion (paragraphe XV). « En définitive, les vents sont, dans toutes les maladies, des agents principaux; tout le reste est cause concomitante et accessoire. Cela est seul *cause effective*. Je l'ai démontré. »

Comment M. le professeur Jaccoud peut-il trouver dans ces nullités, la doctrine et la formule des prédispositions définies; je n'y trouve qu'une étiologie absolument hypothétique. Je trouve dans livre I des *Maladies*, au para-

graphe II, une opinion un peu différente et que je rapporte en toute honnêteté : « Toutes les maladies proviennent, quant aux choses de dedans, de la bile et de la pituite; quant aux choses du dehors, des fatigues, des blessures et du chaud trop échauffant, du froid trop refroidissant, du sec trop desséchant, de l'humide trop humectant. La bile et la pituite se forment avec l'être qui se forme, existent toujours dans le corps, plus ou moins; or, elles déterminent les maladies par l'intermédiaire, tantôt des aliments et des boissons, tantôt du chaud trop échauffant et du froid trop refroidissant. »

Peut-être le professeur Jaccoud conclut-il de ce passage que la bile et la pituite se forment avec l'être et déterminent les maladies; qu'Hippocrate croyait que les maladies naissaient ainsi d'une disposition de l'organisme; je trouve l'explication, comme on dit, tirée par les cheveux; et je ne vois pas pour moi ce qu'on peut faire de ces textes, à la fois contradictoires et obscurs.

Mais arrivons au grand argument du professeur Jaccoud. Il va nous donner la vraie formule de l'étiologie d'Hippocrate.

« En effet, que dit Hippocrate en une déclaration qui résume, en termes frappants, toute sa doctrine. « *Totus homo ex nativitate morbus est.* L'homme tout entier est maladie depuis sa naissance. »

Cette formule nous est familière. Tessier l'avait sans cesse à la bouche, nous l'avons souvent appliquée ; seulement elle n'est pas d'Hippocrate; elle est de Démocrite. Elle se trouve dans une lettre à Damagète, dont l'authenticité est contestée. Elle s'y trouve dans la bouche de Démocrite au milieu d'un discours d'une morale remarquablement élevée.

Mais il est facile de remonter aux sources de cet adage, qui jure avec la notion païenne de l'*Eucrasis* ou santé parfaite. En effet, on retrouve la même idée et presque les mêmes expressions dans les traditions hébraïques et chaldéennes que connaissaient fort bien les philosophes grecs. Ne croirait-on pas en effet entendre Job (chap. XIV, verset I) : *Homo natus muliere, brevis vivens tempore; repletus multis miseris.* « L'homme né de la femme, vivant très peu de temps, est rempli de misères. »

Et ailleurs : L'homme est né pour le travail et la douleur comme l'oiseau pour voler (verset V, ch. XIV). Concluons donc, que si Démocrite a exprimé nettement l'idée de la déchéance de la nature humaine et de sa disposition innée à la maladie. Cette doctrine est absolument contraire à l'étiologie d'Hippocrate; étiologie qui repose sur l'équilibre des quatre humeurs.

Mais s'il n'est pas possible de retrouver dans Hippocrate la formule des *prédispositions définies* on la retrouve dans les cours que faisait J.-P. Tessier dès 1845. Et le professeur Jaccoud, qui a été son interne en 1856, ne peut l'ignorer. Car Tessier enseignait toujours, même dans la conversation et au lit du malade.

Non seulement Tessier a donné la formule des « prédispositions définies », mais il en a démontré la vérité et établi les lois. Il a démontré que même dans les cas les plus simples, sous l'influence du traumatisme par exemple, la lésion déterminait un ensemble de symptômes qui différaient d'une espèce animale à une autre ; il a démontré que les causes morbides agissaient différemment dans les espèces animales et variaient aussi chez les individus de la même espèce. Et il a formulé en ces termes la loi des « prédispositions définies » : « Chaque animal pâtit sui-

vant sa nature propre. » Cette formule donne la raison des actions différentes d'un même principe morbide, du microbe de la fièvre typhoïde, par exemple, dans les différentes espèces animales et chez les individus de la même espèce.

Mais, direz-vous, Tessier n'a pas établi les rapports de la doctrine étiologique avec les découvertes microbiennes.

Et comment l'aurait-il fait puisque ces découvertes n'existaient pas?

Mais ce qu'il n'a pas fait, ses élèves l'ont fait. Vous pourrez lire à la page 159 de mes Éléments de pathologie générale publiés en 1873 que l'inoculation des produits bactériens n'est possible que pour les espèces et les individus qui possèdent la *prédisposition définie*.

Et depuis, vous pourrez lire dans presque tous les numéros de l'*Art médical*, au fur et à mesure que les travaux de bactériologie se perfectionnaient, la subordination de la cause externe, même microbienne, à la « prédisposition définie ». Naguère encore, m'appuyant sur les travaux de Charrin, je démontrai que les microbes n'étaient qu'une *cause instrumentale* ; et j'établissais cliniquement la *spontanéité morbide*, au moins pour les maladies à microbes.

Il reste du travail de M. le professeur Jaccoud le *dualisme étiologique* et le *dyscronisme* (vulgairement microbisme latent). Nous ne lui discuterons pas le mérite de ces deux formules ; mais nous ne laisserons pas égarer l'opinion médicale sur le véritable auteur de la grande doctrine médicale qui nous a été léguée et que nous n'avons cessé de vulgariser et de mettre au point de toutes les découvertes modernes. Tessier a eu le grand mérite de donner, en anthropologie, la formule de la nature de

l'homme ; en pathologie, celle des espèces morbides ; en étiologie, celle des prédispositions définies ; et c'est pour cela qu'il mérite le nom de *maître*; qu'il a une école et des élèves.

D[r] P. JOUSSET.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LONDRES

3[e] *article.*

LA TUBERCULINE ET SES CONGÉNÈRES

Valeur clinique de la tuberculine, par le D[r] CARTIER. — *Valeur de la tuberculine dans la pleurésie purulente*, par le D[r] B. ARNULPHY, de Chicago.

Le D[r] Cartier étudie les virus tuberculeux comme remèdes homœopathiques et non isopathiques ; c'est-à-dire qu'il parle de leur action dans des maladies *analogues* à leurs manifestations, mais non dans des maladies *identiques* ou tuberculeuses. Après avoir signalé l'action de la lymphe de Koch dans les néphrites, il étudie deux produits tuberculeux, le *Bacillinum* (macération du poumon tuberculeux typique) et *Aviaire* (culture de tuberculose des oiseaux) dans les maladies non tuberculeuses des voies respiratoires. D'après lui le *Bacillinum* serait spécialement indiqué dans les cas suivants : expectoration muco-purulente avec oppression. Une dyspnée résultant d'un encombrement bronchique et pulmonaire par une sécrétion exagérée des muqueuses serait merveilleusement soulagée par lui. Suivent des observations de broncho-pneumonie, bronchite chronique et emphysème, bronchite des vieillards

avec oppression et expectoration muco-purulente ; tous phénomènes indiquant de préférence une congestion passive et une lenteur dans la circulation. *Aviaire*, au contraire, a été employé par le Dr Cartier dans les congestions aiguës et rapides simulant une phtisie aiguë, surtout dans les complications pulmonaires de la grippe, simulant la tuberculose par leur localisation unilatérale et de préférence au sommet.

Comme il arrive souvent en pareil cas, la discussion a quelque peu dévié. Le Dr H. Nankivell, qui ouvrait le débat, a surtout attiré l'attention sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch; cependant il se trouve d'accord avec le Dr Cartier, car il a vu la tuberculine donner de très bons résultats dans des affections chroniques du poumon consécutives à des bronchites négligées. Il engage ses auditeurs à ne pas traiter de malades par la trituration des crachats tuberculeux ; il ne considère pas cela comme un procédé scientifique. Le Dr Krauss cite, à l'appui de la curabilité de la phtisie tuberculeuse par la tuberculine de Koch, un cas de phtisie laryngée dans lequel, sous l'influence de ce remède, les cordes vocales se sont cicatrisées et le malade a augmenté de poids. M. Sutcliffe Hurndall, vétérinaire, rapporte des expérimentations pratiquées en grand par un de ses confrères homœopathes et qui confirment ce qui est généralement admis. En effet, toutes les vaches qui ont répondu à l'action de la tuberculine présentaient antérieurement des signes de maladie, tels que l'irrégularité de l'appétit, etc. D'après son expérience personnelle la tuberculine est bien le médicament de la tuberculose des animaux. Il voudrait qu'on fondât un institut homœopatique dans lequel on expérimenterait méthodiquement les mé-

dicaments sur les animaux. Nous trouvons excellente l'idée de M. Sutcliffe Hurndall, mais il nous semble que c'est justement aux vétérinaires qu'il est le plus facile de faire une semblable fondation et nous nous étonnons qu'aucun d'eux ne l'ait encore réalisée.

TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE SCROFULEUSE
(*Mémoire du* Dr BUSHROD JAMES.)

La discussion a porté d'abord sur le nom qui convient le mieux à cette affection et les Drs Hughes et Betts ont été d'avis que le terme d'ophtalmie scrofuleuse méritait d'être conservé. On sait que cette ophtalmie atteint souvent la cornée, mais le Dr Norton fait remarquer qu'il faut distinguer deux sortes de kératite, la kératite interstitielle et celle avec chémosis. Il exprime le regret que nous ne possédions pas, dans notre matière médicale, de symptomatologie des yeux, et il donne le conseil de choisir les médicaments d'après l'état général du sujet. Le Dr Betts ajoute que non seulement il faut bien choisir le médicament et ne pas le répéter trop souvent, mais qu'il faut employer aussi les moyens hygiéniques, tels que la bonne nourriture, l'air pur, etc. Le Dr Walter Wolston dit que c'est toujours avec les plus hautes dilutions qu'il a obtenu les meilleurs résultats. Dans un cas, il a obtenu une guérison rapide avec une seule dose de *Sulfur*.

LE CARACTÈRE HOMŒOPATHIQUE ET L'ACTION DES EAUX MINÉRALES
(*Mémoire du* Dr KRANZ BUSCH.)

L'auteur exprime l'opinion fort juste que chaque eau minérale, qui est un médicament composé, agit comme un médicament simple et que, par conséquent, il faudrait essayer sur l'homme sain les effets des principales

sources. Selon lui, les eaux minérales agissent non seulement par leurs éléments minéralisateurs, mais aussi par la petitesse de leurs doses; aussi les effets des eaux salines sont à peu près semblables à ceux de notre *Natrum muriaticum.*

Le Dr Jagielski ajoute l'alumine et les produits organiques aux éléments qu'il faut prendre en considération, dans les eaux ; il ajoute aussi que l'électricité augmente leurs effets ; enfin, appuyé par le Dr Murray Moore, il déplore l'abus qu'on fait des eaux de table.

Le Dr Batault signale une source encore peu connue, celle de Weissemburg (Suisse, canton de Berne). Elle est très efficace contre la tuberculose ; l'analyse chimique n'y a décélé que la présence de la silice et du carbonate de chaux.

Le Dr Léon Simon signale une autre source beaucoup vantée contre la même affection ; c'est celle de Panticosa (Espagne) dans les Pyrénées, non loin de Cauterets Elle est sulfatée et chlorurée sodique et dégage beaucoup d'azote. Tout le monde est d'accord pour reconnaître la nécessité de l'expérimentation physiologique des eaux minérales et les allopathes eux-mêmes la pratiquent; malheureusement ils ne tiennent compte que d'un petit nombre de phénomènes objectifs, comme la quantité et la qualité des urines et des matières fécales et les manifestations cutanées. Cependant le Dr Valdès, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon, a fait une remarque assez curieuse : à la fin de la saison thermale lui et tout le personnel de l'établissement ont la santé plus ou moins altérée, ce qu'il attribue avec raison à l'action prolongée des émanations des eaux sulfureuses (1).

---

(1) Après le Congrès j'ai écrit au Dr Valdès pour lui demander

LES PRODUCTIONS CORNÉES ET LEUR TRAITEMENT.

(*Mémoire du* Dr VAN DEN BERGHE, de Bruxelles.)

L'auteur expose le traitement homœopathique des verrues et des productions cornées. Il cite entre autres une corne très volumineuse, reposant sur une base rouge, un peu enflammée, qui s'est détachée sous l'influence de *Causticum* 30.

Les Drs Hughes et Blackley expriment des doutes sur la réalité de l'action de *Caustic.* dans ce cas. Un membre du Congrès ajoute que, les productions cornées ayant souvent pour origine une séborrhée, l'élimination de la corne du malade du Dr van den Berghe pourrait bien être due à la pression exercée sur sa base d'implantation.

Le Dr Villers cite l'exemple d'un porc et le Dr B. James celui d'un cheval qui, atteints de productions cornées, ont été guéris par des médicaments dilués.

Le Dr Léon Simon croit que les excroissances, cornées ou non, doivent être traitées par les hautes dilutions. Il vient d'en faire rapidement disparaître une à l'aide de quelques doses de *Lycopod.* 30 ; heureusement elle était récente et très petite, elle occupait la partie la plus saillante de la face dorsale du pied et l'on ne peut pas dire

---

en quoi consistent ces accidents pathologiques, dont il m'avait parlé il y a trois ans. Il m'a répondu que chez les jeunes gens pléthoriques se déclarent des douleurs de tête et des hémorrhagies. Les femmes de salle dont les règles sont en retard, les voient reparaître au bout de quarante ou cinquante jours. Lui-même, qui passe plusieurs heures par jour à l'établissement pour surveiller l'exécution de ses prescriptions, finit par avoir le pouls petit et accéléré, la peau chaude, rouge et en sueur, avec lassitude et agitation.

que la pression exercée par la chaussure a favorisé son élimination, car c'est, au contraire, cette pression qui en a provoqué la formation. La dilution qu'il emploie de préférence est la 30e et il ne descend jamais au-dessous de la 12e, les médicaments les plus efficaces sont, suivant les circonstances, *Caustic.*, *Lycopod.*, *Thuya*, *Nitri acid.*, *Rhus*, *Dulc.*

LES VULNÉRAIRES HOMŒOPATHIQUES

(*Mémoire du* Dr Gilchrist, d'Iowa City.)

L'auteur recommande surtout *Hypericum* et *Calendula* ; il ajoute que les vulnéraires doivent être individualisés avec autant de soin que les médicaments internes.

Dans la discussion qui a suivi, il s'est manifesté deux tendances très différentes ; les uns accordaient la prépondérance aux topiques et se souciaient peu de la médication interne, à laquelle les autres attachaient une importance capitale. Ainsi le Dr Knox Shaw trouve qu'avec les procédés actuels de pansement, on n'a pas besoin de remèdes internes ; mais Dr Mac Clelland lui a répondu avec raison que, lorsqu'une plaie n'a pas bon aspect et ne marche pas bien vers la cicatrisation, il faut la traiter par des médicaments internes comme tout autre état morbide. Le Dr de Villers a rappelé le travail de Bojanus sur les effets des médicaments homœopathiques dans les affections chirurgicales et il a cité la conduite de Sick, de Stuttgart, qui ne panse les plaies qu'avec de l'alcool additionné d'arnica et qui professe que c'est la médication interne qui joue le rôle principal dans le travail de la cicatrisation. Le Dr Mac Clelland recommande un topique nouveau, qu'il considère comme supérieur à l'iodoforme ; il est préparé par une pharmacie américaine, qui lui a donné

le nom d'iodicine ; c'est un mélange d'iode et d'écorce de quinquina.

L'APPENDICITE, SON TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL
(*Mémoire du* Dr HORACE PACKARD, de Boston.)

La discussion, assez courte, soulevée par ce mémoire, a fait ressortir l'efficacité du traitement interne dans cette maladie. Le Dr Mac Clelland a guéri presque tous ses malades avec belladone et mercure.

Le Dr Walter Wolston a observé un cas dans lequel l'appendice adhérait à l'artère iliaque; l'opérateur est parvenu à rompre les adhérences ; l'appendice, qui était très long, contenait un peu de matières fécales. L'orateur a guéri un cas par l'emploi successif d'*Aconit.*, *Bell.*, *Bryon.* et *Merc. sol.* Le Dr H. Blackley en a guéri un autre à l'aide de *Crotalus* 6e déc. Enfin le Dr Betts, avec raison, attire l'attention sur le régime alimentaire, qui doit être assez sévère dans cette maladie.

AMÉNORRHÉE ACCOMPAGNÉE DE TROUBLES MENTAUX
(*Mémoire du* Dr BURFORD.)

Sur cette question et sur la suivante, les doctoresses qui assistaient au Congrès ont pris souvent la parole et donné des avis très utiles. Ainsi Mme Brewster a parlé en faveur des moyens mécaniques, entre autres du massage et de l'électricité, qui ont donné de très bons résultats entre ses mains. Mme Williams a rapporté un cas de lypémanie avec aménorrhée, guéri par *Pulsatilla.* Mme Stettler conseille *Alumin.* et *Gelsem.* dans des cas analogues. Pour le Dr Betts, le médicament qui répond le mieux aux troubles mentaux d'origine utérine est *Actæa racem.* ; en second lieu vient *Sepia.* Le Dr Villers n'admet les massages que lorsqu'il y a des adhérences à détruire. A son avis, les dépla-

cements utérins n'ont pas par eux-mêmes d'action sur le système nerveux. Enfin il cite l'exemple d'une de ses clientes, qui a eu ses règles supprimées à la suite d'un bain trop chaud et dont l'intellect a été troublé depuis. Elle a bien conservé la mémoire des faits antérieurs à cet accident, mais depuis elle passe à tour de rôle par trois personnalités différentes, à chacune desquelles correspond une mémoire distincte. Elle a des hallucinations de la vue et voit les objets plus grands ou plus petits, ou bien elle les voit se remuer. Le traitement n'a produit aucune amélioration.

CARCINOME UTÉRIN

(*Mémoire du* Dr JAMES WOOD, de Cleveland.)

Tous les médecins sont certainement d'accord avec le Dr Johnson, qui n'a pas grande confiance dans le traitement interne du cancer ; mais il y en a beaucoup aussi qui n'ont guère plus de foi dans son traitement chirurgical. Dans cet ordre d'idées, il n'y a de bon que l'ablation totale de l'organe, lorsqu'elle est possible, et le Dr Belt a eu raison de condamner le curetage dans le cancer de l'utérus parce que les actions mécaniques incomplètes accélèrent toujours la marche de la maladie. Quant aux médicaments vraiment homœopatiques aux lésions cancéreuses, ils sont fort peu nombreux et pour cause, aussi les Drs Burford et Bodman ont-ils eu raison de dire qu'il faut attacher plus d'importance aux caractères cliniques de la maladie qu'à ses caractères histologiques. Le Dr Johnson nous rappelle que des médecins allopathes anglais ont observé que l'empoisonnement lent par l'arsenic produit des lésions analogues à l'épithélioma de la peau. Pour le Dr Clifton, *Hydrastis* est le médicament qui correspond le mieux aux accidents prémonitoires du cancer, mais il

ajoute avec raison qu'il n'y a pas de médicament du cancer. C'est évident, puisque le mot cancer est une expression générique que nous appliquons à bien des affections qui diffèrent anatomiquement et même cliniquement. Enfin, le Dr Pope cite un médecin anglais qui assure que l'iodure de potassium produit des lésions analogues à l'épithélioma ; aussi a-t-il un client atteint d'épithélioma du nez, auquel il donne ce médicament.

Le Dr Clifton a soigné une femme considérée comme cancéreuse par J. Paget, qui lui avait donné dix ans de vie. Elle a vécu treize ans et demi et sa tumeur avait diminué d'un quart. Il a vu une autre malade dont la tumeur avait tous les signes de l'épithélioma ; il lui donna avec avantage *Bovista*, qu'il avait choisi d'après l'ensemble des symptômes. Il recommande, pour détruire l'odeur si repoussante du carcinome utérin, les injections de figue bouillie dans du lait. Mme Webster, à l'aide de *Conium*, a soulagé une malade vue par J. Paget, qui aurait conseillé l'ablation. Berridge l'a traitée ensuite et l'a guérie de sa tumeur et d'une constipation qui datait de vingt ans.

COLLECTIONS PURULENTES INTRA-THORACIQUES
(*Mémoire du* Dr HAYWARD FILS, de Liverpool.

Le fils de notre éminent confrère, le Dr G.-D. Hayward, a écrit un excellent mémoire, dans lequel il recommande comme médicaments, d'abord *Hepar*, puis *Arnica* après la thoracentèse, enfin *China*, et *Arsenic*.

Tous ceux qui ont pris part à la discussion ont admis que la thoracentèse est inévitable, mais elle ne dispense pas du traitement interne. Le Dr D. Wright recommande *Hepar* et *Sulfur*, surtout lorsqu'on redoute que le malade soit tuberculeux. Le Dr Hayward père recommande *Iod.* et *Sil.*, comme dans les suppurations ordinaires. Le

Dr Léon Simon, comme le Dr Wesselhœft, reconnaît que le diagnostic des épanchements purulents de la plèvre est souvent très difficile. Son père a eu deux malades que l'on présumait tuberculeux et sur lesquels des sommités allopathiques hésitaient à se prononcer ; convaincu qu'ils avaient une collection purulente, il a insisté pour qu'on pratiquât la thoracentèse et ils ont été sauvés. Sans doute en pareil cas cette opération est indispensable comme l'ouverture d'un abcès ou la pose d'un appareil de fracture, mais elle a une action purement mécanique et non curative ; elle n'empêche pas la reproduction de l'épanchement, au contraire. Donc le traitement interne est tout aussi nécessaire, et parmi les médicaments, *Hepar* et *Sulfur* paraissent être ceux qui sont le plus souvent indiqués. A l'hôpital Hahnemann, aussitôt après la thoracentèse, on prescrit *Arnica* et surtout *Aconit*. Enfin *Merc. sol.* 3e trituration et *Hepar* 30 alternés réussissent en général dans toutes les suppurations.

ANESTHÉSIE OXY-CHLOROFORMIQUE

(*Mémoire du* Dr Nicholson, de Liverpool.)

Dans la discussion on a comparé les mérites et les inconvénients de l'éthérisation et de l'anesthésie chloroformique ou oxy-chloroformique. Celle-ci a l'inconvénient d'être assez lente à se produire (10 à 12 minutes), mais elle a l'avantage de relever le pouls et de pouvoir être obtenue par une très faible quantité d'anesthésique (6 à 8 grammes). Le Dr Mac Clelland ne connaît aucun accident qui lui soit imputable. L'éther produit quelquefois de la salivation ; il n'est pas rare non plus que l'éthérisation soit suivie de congestion pulmonaire, mais celle-ci est souvent le résultat d'un manque de précautions. Le

Dr Belt recommande aux chirurgiens de ne pas chercher à obtenir l'anesthésie trop rapidement. Enfin le Dr Mac Clelland condamne l'usage du cornet que beaucoup d'opérateurs appliquent sur le nez et la bouche des opérés pour leur faire absorber l'anesthésique; il le condamne pour deux raisons : d'abord c'est mauvais de faire respirer de nouveau au sujet l'air sorti de ses poumons, et puis il n'est pas bon de lui appliquer sur le visage un objet qui a déjà été en contact avec la peau d'autres personnes.

Dans sa dernière séance l'Assemblée a voté que le prochain Congrès quinquennal serait avancé d'un an et se réunirait à Paris en l'an 1900.

HOPITAL HOMŒOPATHIQUE DE LONDRES

Nous ne pouvons terminer ce compte rendu sans dire un mot de l'hôpital homœopathique, dont le parloir a été mis gracieusement à la disposition des congressistes pour les séances du matin. Il a été entièrement reconstruit, il y a deux ou trois ans, et ne laisse rien à désir au point de vue de l'hygiène. Les salles, hautes et spacieuses, ont largement le cube d'air nécessaire pour le nombre de lits qu'elles contiennent. Les pavillons, presque contigus, à cause du manque d'espace, communiquent entre eux par des ponts vitrés, de sorte que l'air circule tout autour. Les déjections des sujets atteints de fièvre typhoïde ou de maladies infectieuses sont jetées dans des latrines spéciales, interdites aux malades. La salle d'opérations est un modèle, nous ne connaissons que celle de la maison des frères de Saint-Jean de Dieu, à Paris, qui puisse lui être comparée. La cuisine est à l'étage le plus élevé, de sorte qu'on ne peut pas être incommodé par l'odeur. Si nous avons

bonne mémoire, les salles sont chauffées par des tuyaux qui circulent sous les planchers et dans lesquels passe de la vapeur d'eau. Nous avons été frappés par le souci qu'on a eu d'égayer ce séjour des malades. Nous avons vu un piano dans chaque salle, ainsi que des plantes d'appartement disséminées un peu partout. La salle des enfants est une vraie bonbonnière : berceaux à rideaux de mousseline sur lustrine rose, plantes et fleurs, cages où des oiseaux ou des écureuils prennent leurs ébats, boîtes à musique, jouets de toutes sortes, rien n'y manque. Mais ce qui nous intéresse, nous médecins, c'est que le service se fait avec une propreté, une régularité et une intelligence qui font le plus grand honneur au directeur de l'hôpital et à la directrice des infirmières. Les chefs de service sont actuellement les Drs Galley Blackley, John Clarke, Byres Moir, Washington Epps, Marsh; le chef du service chirurgical et ophtalmologique est le Dr Knox Shaw, celui du service gynécologique le Dr Burford, celui du service dermatologique le Dr Galley Blackley, celui du service des enfants le Dr Roberson Day, celui du service des maladies du nez, du larynx et des oreilles le Dr Dudley Wright. Tous nous ont fait les honneurs de leurs salles et nous ont fait observer de près leurs malades les plus intéressants; nous avons constaté plusieurs guérisons remarquables, qui font grand honneur au traitement homœopathique et à ceux qui l'ont appliqué.

Dr Léon Simon.

ETIOLOGIE

DES DÉFENSES DE L'ORGANISME CONTRE LES MICROBES PATHOGÈNES

La bouche, on le sait, est l'habitat ordinaire d'un grand nombre de microbes pathogènes : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles de Lœfler, bacilles de Koch, etc., etc. Or il arrive fréquemment qu'à la suite de l'avulsion d'une dent avec fracture de l'alvéole, la bouche devient le siège d'une plaie compliquée de fracture, et cependant jamais à la suite de cet accident on n'a observé les symptômes de pyohémie si à redouter dans les fractures avec plaie siègeant sur les membres. M. H. D. Hugenschmidt, du laboratoire de M. Metchnikoff à l'institut Pasteur s'est demandé à quelles circonstances tenait cette immunité et qu'elle était la cause de cette asepsie naturelle.

Ce médecin s'est d'abord assuré, par de nombreuses expériences, que la salive normale ou additionnée de sulfocyanure de potassium ne jouissait pas de propriétés bactéricides. A quoi donc doit-on attribuer la destruction ou du moins l'atténuation considérable des bacilles pathogènes dans la cavité buccale ?

A trois causes : la concurrence vitale des microbes saprophytes de la bouche ; le desquamation épithéliale ; mais surtout l'action phagocytaire énergique exercée par les cellules lymphatique sous-muqueuses.

Concurrence vitale des microbes. « Il est tout à fait certain que, dans la bouche, certaines races microbiennes

qui sont particulières à cette région, poussent plus vigoureusement dans la salive, et que leur développement peut étouffer le développement des microbes plus fragiles, ou *tout au moins en diminuer la vitalité et en rendre moins actives les facultés pathogènes.* »

Les facultés pathogènes des microbes varient avec une foule de circonstances, témoin le bacillum coli habituellement inoffensif et qui cependant peut devenir très virulent. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les pneumocoques, les staphylocoques développés dans la bouche soient rendus plus ou moins inertes par la présence des saprophytes.

La desquamation des cellules épithéliales qui se produit à chaque repas entraîne un très grand nombre de microbes pathogènes avec les aliments ; ils sont précipités dans l'estomac où ils sont anéantis pour la plupart.

Mais la cause la plus certaine de la défense de la cavité buccale est la *phagocytose*. Comment s'exerce cette action?

« Les diverses espèces de leucocytes contractiles et phagocytaires, les leucocytes polynucléaires surtout, se rencontrent en grand nombre dans le derme sous-jacent aux muqueuses de revêtement ; dans la bouche, en particulier. leur nombre semble particulièrement important, et il existe, pour ainsi dire derrière la membrane épithéliale, *un véritable lac lymphatique* ». Cette disposition est surtout marquée au niveau des amygdales et dans toute l'arrière-gorge.

Le Dr Hugenschmidt s'est assuré par des expériences répétées et fort ingénieuses sur la salive normale non filtrée, que les leucocytes étaient douées de propriétés *chimiotactiques* positives des plus prononcées, c'est-à-dire que les microbes pathogènes et leur toxine les appelait, les

faisait surgir dans la bouche, où l'œuvre de la phagocytose s'accomplissait avec une grande énergie.

C'est ainsi que le D[r] Hugenschmidt explique l'asepsie naturelle de la bouche et l'innocuité des plaies même compliquées de cette cavité.

Nous ferons remarquer de quelle importance est en étiologie la défense de la cavité buccale, et combien est réduit par cette défense le rôle des microbes pathogènes. La suprématie de l'organisme s'affirme de plus en plus sur les causes externes. Ainsi, en premier lieu, nécessité de la prédisposition (*du terrain*) pour que le microbe pathogène virulent puisse développer son action et faire naître une maladie. En second lieu, difficulté pour le microbe de forcer, même chez les prédisposés, la barrière que l'organisme oppose à leur introduction. Charrin n'a-t-il pas raison de classer les microbes dans les causes banales et la doctrine des *prédispositions définies*, qui tient un juste compte, en les hiérarchisant, de toutes les causes de maladies, devient de plus en plus la véritable formule de l'étiologie.

D[r] P. Jousset.

A PROPOS DU RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA TUBERCULOSE

par MM. Grancher et Thoinot.

> L'homme est comme un paysan ivre à cheval ; quand on le relève d'un côté, il tombe de l'autre.

Il y a cinquante ans, personne en France ne croyait à la contagion de la phtisie pulmonaire, et aujourd'hui tout le monde croit à cette contagion. Et on en arrive même à des mesures que je me permettrai d'appeler extravagantes, malgré l'autorité des médecins qui les patronnent.

Personne ne conteste, depuis les travaux de Villemin et la découverte de Koch, que la tuberculose soit transmissible à la condition toutefois que le sujet soit prédisposé à cette maladie et que le bacille pénètre dans l'organisme. Mais ce qu'on ne remarque pas assez, c'est que précisément ces deux conditions nécessaires, la prédisposition et la pénétration du bacille, constituent un obstacle considérable, pour ne pas dire absolu, à la contagion. En sorte que, dans la vie ordinaire, là où on n'a pas l'habitude de s'inoculer la tuberculose, ni d'insuffler dans les voies respiratoires des poussières de bacilles, ni de suspendre ces poussières dans de l'eau et de les pulvériser dans l'atmosphère, ni de se nourrir d'organes tuberculisés crus ou de lait contenant le bacille de Koch, la phtisie n'est pas contagieuse. Elle ne se communique ni par l'air expiré par les malades, ni par leurs sueurs, ni par le toucher ; et il est aussi absurde que cruel d'effrayer les parents et les amis des tuberculeux, de rendre plus difficiles les soins dont ils ont besoin, de causer le renvoi des serviteurs et des ouvriers malades, d'appliquer enfin à la phtisie les mêmes

mesures qu'à la peste et de rééditer à Paris les règlements barbares des rois de Naples dans le siècle dernier.

Parmi les mesures proposées par la commission il en est une, la première, qui a tout notre assentiment : c'est la construction de pavillons et d'hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux. Au moins, ces malheureux trouveront un asile où on les recevra et où on les traitera ; tandis qu'aujourd'hui, dans les hôpitaux ordinaires, la plupart des chefs de service n'ont qu'un désir, c'est de se débarrasser des tuberculeux qui sont considérés comme des non valeurs.

Quant à la substitution du lavage des parquets, au balayage à sec et au cirage, cette mesure répond à la préoccupation générale sur la nocuité considérable des poussières tuberculeuses. Or, il résulte de la plupart des expérimentations de laboratoire que la matière tuberculeuse pulvérisée est inoffensive même pour les cobayes à moins qu'on insuffle cette poussière dans les voies respiratoires. Tandis que cette même poussière tuberculeuse dissoute dans l'eau, et vaporisée dans l'atmosphère, est pour le cobaye une cause presque certaine de tuberculose.

Le recueil des crachats et leur désinfection, la désinfection des habillements des malades et des objets à leur usage ne soulèvent aucune objection.

Quant à l'amélioration de l'hygiène et du salaire des infirmiers destinés à soigner les phtisiques, c'est une mesure humanitaire contre laquelle je n'ai pas à protester ; mais je proteste absolument contre l'opinion qui attribue à la contagion la mortalité par phtisie d'un tiers du corps des infirmiers. Je sais qu'on présente des chiffres, mais la statistique est un instrument qu'on fait facilement parler ; et, d'ailleurs, s'il est exact que le tiers des infirmiers des

hôpitaux de Paris succombent à la contagion de la phtisie, pourquoi les infirmiers militaires fournissent-ils moins de poitrinaires que les autres corps de l'armée? Pourquoi à l'hôpital de Brompton, en Angleterre, à Davos et à Leysin en Suisse, à Villepinte en France, à Argelès et dans tous les sanatoriums, les personnes qui soignent les phtisiques sont-elles absolument indemnes? Si les infirmiers des hôpitaux de Paris succombent en si grand nombre c'est qu'ils sont pris dans un milieu où la misère et les excès ont suffisamment fait pour la phtisie pour qu'il soit inutile de faire intervenir la contagion.

Je dois répondre avant de terminer à une objection qui vient tout naturellement à l'esprit. Mais si la phtisie n'est pas contagieuse pour les non prédisposés, et si elle ne l'est pas habituellement pour les prédisposés à la maladie, comment ces derniers deviennent-ils malades ?

Ils deviennent malades par hérédité, Mais où prennent-ils le bacille de Koch? D'abord ce bacille lui-même est héréditaire et Baumgarten compare la transmission héréditaire de la tuberculose à la transmission héréditaire de la syphilis. J'ajoute que, d'après les derniers travaux de Strauss et les communications de Dieulafoy, le bacille de Koch est comme le streptoccoque, le pneumoccoque, le bacille de Lœffler et tant d'autres, l'hôte habituel et inoffensif de nos organes.

Pourquoi donc craindrait-on de prendre à un phtisique un bacille que l'on porte déjà dans les fosses nasales et la gorge?

Dr P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

Voici un intéressant article que nous relevons sous la signature du D[r] Artault de (Vevey) dans un journal que nous avons reçu à titre gracieux (cf *Le Thérapeute*, revue mensuelle de médecine et de thérapeutique, novembre 1896, n° 11).

La teinture de marrons d'Inde. — Ses indications.

« De plus en plus se confirme l'efficacité de cette préparation contre les hémorrhoïdes. Depuis ma communication à l'Académie de médecine (7 janvier 1896), j'ai reçu de nombreux confrères de province des lettres m'informant des bons résultats obtenus dans leur pratique courante.

« Les cas où le succès ne fut pas immédiat ou ne fut durable sont rares, et je crois qu'ils tiennent à un teinture trop légère, ou bien à une forme spéciale de tempérament et surtout à une administration un peu empirique et tâtonnante du médicament. C'est pour essayer d'en bien préciser les indications que je reviens aujourd'hui sur ce sujet, et aussi pour chercher à me rendre compte par la simple clinique, pour le moment, de son mode d'action, me réservant d'entreprendre ces temps-ci une série d'expériences sur animaux avec le produit que je viens de faire préparer de marrons frais.

« Et, tout d'abord, il est bien établi que c'est contre l'élément douleur surtout que la teinture-mère de marrons d'Inde agit. Toutes les fois qu'on a affaire à des

hémorrhoïdes sèches ou simplement hémorrhagiques, avec douleurs aiguës paroxystiques, l'administration de ce médicament, à dose proportionnée, bien entendu, à l'intensité des douleurs et au volume des tumeurs c'est-à-dire de X à XXX gouttes, réussit d'une façon absolument certaine. Il s'agit la surtout des hémorrhoïdes nettement arthritiques, qui sont le plus souvent procidentes et qui ne saignent que quand le malade va à la selle, tout en le faisant souffrir dans les intervalles ; c'est chez les goutteux et les diabétiques, chez certains obèses, qu'on les observe et qu'on obtient les meilleurs résultats de ma teinture seule.

« Mais il est parfois nécessaire de lui associer quelques adjuvants, qui accentuent son action curative. C'est ainsi, par exemple, que dans les hémorrhoïdes qui s'accompagnent de rectite, avec selles glaireuses, comme des œufs brisés, avec quelques filets de sang, la teinture de marrons seule, tout en modifiant les douleurs dans leur intensité ou dans leur mode, ne réussit pas toujours à les effacer complètement et est sans action sur l'état local et sur les selles, tandis que si on lui adjoint à parties égales la teinture d'aloës, ou encore si on fait prendre en même temps au patient une pilule de nitrate d'argent de 1 centigramme, matin et soir, les douleurs cessent immédiatement et en même temps l'état local s'améliore et les selles disparaissent en un jour. La teinture de noix vomique pourrait aussi s'adjoindre dans certains cas ; son action élective sur la tonicité musculo-intestinale l'indiquerait en cas d'atonie.

« Enfin, dans ces formes d'hémorrhoïdes mixtes, ne tenant à l'arthritisme que d'une manière pour ainsi dire collatérale, se rattachant simplement à des constipations

opiniâtres, à des règles insuffisantes, à la grossesse, à des tumeurs abdominales, ou se greffant sur des états dyspeptiques et qui sont surtout l'apanage des nerveux et des femmes, dans ces hémorrhoïdes qui saignent abondamment même en dehors des selles et qui, le plus souvent, ne se montrent guère au dehors, la teinture de marron seule suffit rarement à calmer les douleurs et à arrêter les hémorrhagies et il est bon alors d'y joindre parties égales de teinture d'hamamelis.

« Il va sans dire qu'il est bon aussi de modifier la cause originelle de l'hémorrhoïde, constipation ou état général, ce qui préservera de nouvelles crises; mais phénomène digne de remarque, ce n'est pas absolument urgent puisque le médicament agit de suite, bien avant que la cause ou l'état général soient améliorés. Ceci prouve encore l'efficacité spécifique du marron, car, en général, la plupart des autres médicaments ne donnent de résultat qu'au bout d'un temps plus ou moins long de traitement ou de régime, qui a profondément modifié les causes des manifestations morbides.

. . . .

Puis M. le Dr Artault cherche à comprendre comment agit le marron d'Inde, et cite des observations qui ne laissent aucun doute dans l'esprit du lecteur sur l'efficacité de sa teinture-mère de marrons d'Inde.

Enfin, voici comment se termine cet intéressant article :

. . . .

« Quoiqu'il en soit, d'ailleurs, il est bien établi maintenant que la teinture de marrons d'Inde est décidément un remède spécifique des hémorrhoïdes, qu'elle agit tout particulièrement contre la douleur, par vaso-constriction,

en diminuant les pressions que subissent les terminaisons et les branches nerveuses sensitives et que, si dans quelques cas spéciaux il faut lui adjoindre pour augmenter et préciser son efficacité, quelques médicaments, teinture d'aloës, nitrate d'argent, en cas de selles glaireuses, dysentériformes ; teinture d'hamamelis dans les hémorrhoïdes saignant spontanément dans les intervalles des selles et non procidentes ; teinture de noix vomique dans les hémorrhoïdes procidentes blanches, symptomatiques et accompagnées d'atonie intestinale, notre médicament n'en forme pas moins la base du traitement des diverses formes de cette affection et que le plus souvent, dans les hémorroïdes des arthritiques proprements dits, procidentes saignantes au moment des selles, avec paroxysmes douloureux dans les intervalles, elle agit toute seule avec une merveilleuse sûreté.

« Toutes ces propriétés en font un médicament de premier ordre et j'éprouve une certaine satisfaction à préconiser un remède qui donne à la médecine un peu d'autorité contre une affection qu'on envisage plus aujourd'hui que comme relevant de la pratique chirurgicale, et contre laquelle cette même chirurgie, vraiment trop séduisante et trop engageante par l'impunité que donne l'antisepsie, s'évertue en une foule de procédés qui donnent des résultats temporaires, et qui compromettent souvent le fonctionnement régulier des sphincters.

« Il y aura quoiqu'on en dise, et la réaction viendra bientôt, toujours avantage à ne point entamer un malade et à chercher à lui rendre la vie supportable en mettant à sa disposition un moyen de parer aux éventualités de quelque diathèse ou état particulier, et quand la médecine a trouvé un médicament qui le permette sûrement,

on peut lui rendre un peu de lustre qu'un engouement excessif lui avait dénié au profit de la chirurgie, pour le vulgaire plus décorative et plus pompeuse, mais en réalité bien plus facile et moins dialectique, si je puis m'exprimer ainsi. »

On ne peut que se réjouir en lisant de semblables articles, tout le monde va être content. Les porteurs d'hémorrhoïdes vont être soulagés, la médecine va faire un petit progrès ; elle en fait si peu ! Mais il m'est impossible de croire que M. le Dr Artault n'ait pas entendu parler des vertus de l'Æsculus Hippocastanum, car ses observations sont tout à fait semblables à celles que nous lisons dans Richard Hughes (1re édition, 1874, pages 53, 54 et 55). Traduction française par Guérin-Méneville.

Si c'est de là qu'il est parti pour faire ses recherches, pourquoi ne le dit-il pas ? Il n'y a pas de honte à dire quelles sont les sources auxquelles on a puisé, surtout quand l'expérience personnelle jointe à celle des confrères dont parle M. Artault au début de son article, permet d'annoncer très nettement les vertus merveilleuses d'un médicament. Si c'est par le plus curieux des hasards que dans deux pays différents et à plus de vingt ans d'intervalle deux médecins on constaté des faits identiques, tout est dit, nous ferons notre profit de l'unanimité avec laquelle on a constaté les bons effets de la teinture de marrons d'Inde sur les hémorrhoïdes et nous continuerons à l'employer avec une plus grande conviction.

Dr C. Petit.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'IODOFORME

I. — *Expérimentations sur l'homme sain.*

1° Dr Underwood (*Cyclopœdia of drug pathogenesy*. Part. IX, p. 1). — Le 23 janvier 1871, il éprouve les symptômes suivants, en triturant l'iodoforme jusqu'à la troisième puissance :

Sensation de brûlure dans l'abdomen et le rectum, avec légères nausées et besoins de garde-robe (en quatre occasions) ; douleurs névralgiques au front (aiguës, plus fortes en se penchant), dans les tempes, s'étendant dans les oreilles et au genou gauche ; douleur gravative dans le front ; douleur dans des dents gâtées (allant et venant rapidement) ; sécheresse de la gorge avec sensation d'écorchure en avalant ; douleur rhumatismale dans le bras droit, plus forte en s'en servant ; douleur le long du nerf crural ; douleur piquante au côté droit de la gorge et dans l'oreille droite ; colique venteuse ; transpiration facile par le mouvement ; douleur dans le dos, le long de l'épine ; sécheresse et irritation des lèvres ; douleurs aiguës par tout le corps ; douleur dans le coude gauche et le long du nerf médian gauche, avec élancements dans l'épaule gauche, sécheresse de la gorge avec goût amer ; douleur dans les nerfs de la main gauche, pire par le toucher, et dans le côté gauche de la poitrine ; borborygmes ; nausées, douleur dans des dents saines ; douleur d'écorchure dans la région inguinale droite ; toux par sécheresse de la gorge.

Le lendemain matin, douleur dans le bras gauche comme s'il avait été meurtri, plus forte par le toucher.

2° LE MÊME prend, le 13 juin, 1 gramme de la deuxième trituration à 10 heures du matin. Sensation de raideur dans les muscles zygomatiques, avec douleur légère, augmentant par le mouvement et en s'inclinant en avant; douleur gravative dans les os malaires ; douleur aiguë dans les dents du haut ; élancements dans les tempes (la douleur paraît suivre le trajet des nerfs); faiblesse des genoux en montant l'escalier; besoin comme d'une selle liquide.

A midi, même dose. Douleurs névralgiques dans différentes parties du corps, augmentant en y pensant; douleurs persistantes dans la région lombaire avec faiblesse en faisant des efforts; faiblesse et douleur dans les genoux, puis dans la station; douleurs rhumatismales dans les deux gastrocnémiens et dans les fléchisseurs des jambes ; élancements dans la tête et l'oreille gauche ; douleurs du côté droit des vertèbres dorsales; urine très jaune; élancements dans le cou-de-pied droit et dans la tête et dans le côté droit de la poitrine près de l'angle inférieur de l'omoplate; douleur aiguë dans la main gauche et la région inguinale droite ; douleur dans l'intérieur des genoux ; coliques flatulentes et tranchées ; douleur rhumatismale dans le bras droit. Pendant la sieste, rêves confus d'accidents, etc. ; mieux au réveil; douleur tranchante dans le cou-de-pied gauche en marchant au grand air; les douleurs reparaissent en allant en voiture et de nouveau au lit; en même temps toux et sifflements causés par du mucus dans la gorge ; sommeil sans repos, agité, troublé par des rêves ; mal de tête en se réveillant, douleurs dans les yeux, qui sont injectés, les objets parais-

sont parsemés de rouge (cela disparaît en se levant); démangeaison violente à l'occiput.

Il prend une goutte de la 3e dil. Douleur aiguë dans la région inguinale droite, avec besoin d'aller à la selle; douleur aiguë dans les nerfs du bras gauche et du dos; état de vague dans la tête, avec légères nausées, sensation de défaillances, tiraillement et pression dans les pommettes, transpiration de la tête; douleur gravative dans le front, avec élancements dans l'oreille droite augmentant en descendant les escaliers; insomnie; secousses dans les nerfs en essayant de dormir; susceptibilité inaccoutumée à la chaleur du temps.

3° Dr Haines (*Cyclop. of drug path. id.*). — J. H..., 24 ans, expérimente les 2e et 3e dil. déc. Il prend d'abord une goutte à 11 heures du matin. De ce moment jusqu'au repas, sensation comme s'il sentait des vapeurs d'iode. A 2 heures, douleur gravative, allant jusqu'à une douleur pesante comme d'une forte pression, dans l'os maxillaire inférieur droit et durant vingt minutes; alors, sensation semblable dans les deux tempes. A 4 heures, douleur violente dans l'humérus gauche; les muscles qui entourent l'os paraissent comme violemment meurtris. A 4 heures et demie, douleur pénible au sommet du poumon droit; en respirant, le poumon ressent comme si deux surfaces ulcérées étaient en contact.

Il prend 1 goutte de la 3e dil. déc. à 5 heures après midi. Trois heures après, sensation de lourdeur dans la tête et douleur gravative au vertex. Le soir, il dort profondément jusqu'à 1 h. 30 du matin, où il se réveille soudainement et ressent comme une suffocation; la chambre lui paraît trop close, quoique librement ventilée; la

tête très lourde, de sorte qu'il ne peut la lever de l'oreiller; il souffre beaucoup du bras gauche et de la jambe gauche; particulièrement à la moitié inférieure du tibia et du péroné, jusque dans le pied. Cela commence à diminuer au bout d'une demi-heure; alors sensation comme si quelque chose de lourd était placé sur la poitrine, empêchant sa libre expansion, pendant une demi-heure, puis devenant graduellement moins intense et paraissant se diffuser de nouveau vers les extrémités; ensuite aussi, douleur dans le sein gauche, très vive, d'abord comme si un ulcère profond y avait été formé, ensuite comme si une main étreignait la base du cœur; pouls 88. Agitation et impossibilité de dormir jusqu'à 4 h. 30; il dort alors environ une heure et demie, et ultérieurement lourdement, de sorte qu'en se réveillant il peut le faire difficilement.

Dans la matinée, la tête paraît encore lourde, douloureuse de temps à autre; la douleur paraît dans les os du crâne, principalement à gauche; l'œil droit est douloureux et comme s'il avait été meurtri. Goût métallique dans la bouche la plus grande partie du jour, les dents douloureuses comme si elles étaient trop longues; douleur dans le sein gauche de temps à autre, mais moindre que la nuit précédente; douleur dans le bras et la jambe gauche comme s'ils avaient été meurtris, les muscles sont douloureux au toucher, comme s'ils étaient ulcérés.

Ils prend une autre dose à 11 heures; deux heures après, très assoupi et demeure ainsi pendant deux heures; après neuf heures, les deux poumons ressentent comme s'il avait pris un gros rhume qui s'y serait fixé; souffrance qui persiste pendant deux jours. Pendant trois jours, douleurs névralgiques changeantes de temps à autre.

II. — *Empoisonnements.*

4° **Oberlaender** (*Deutsche Zeit. f. prat. Med.* n° 37, 1878). — Franceska B..., 26 ans, prostituée, entrée à l'hôpital en 1875 ; elle est de taille moyenne, bien bâtie, mais très affaiblie. L'examen physique ne montre rien d'anormal dans le cœur, les poumons et l'abdomen. Entre les deux bosses frontales et en haut, ulcère dénudant le péricrâne. Gommes suppurées sur les deux clavicules et sur l'humérus. Sur la clavicule droite, saillie d'un os nécrosé. Larges gommes suppurées sur le tibia. Prescription : 4 pilules d'un centigramme d'iodoforme deux fois par jour, et pommade iodoformée. Les résultats furent très satisfaisants ; elle prit les pilules très régulièrement, sauf pendant quelques jours où elles furent supprimées à cause de troubles gastriques ; après avoir pris 278 pilules (27 gr. 8), la dose fut réduite à 6 pilules par jour. Vers la fin de mars, toutes les gommes étaient cicatrisées, à l'exception d'une large sur le front, qui nécessitait la continuation de l'iodoforme.

Soudainement, le 9 avril (depuis son entrée à l'hôpital elle avait pris 42 grammes d'iodoforme en quatre-vingts jours), après un bain chaud, elle se sentit tout étourdie, faible sur les jambes ; elle était incapable de tricoter à cause de diplopie. Ces symptômes durèrent deux jours et demi. Une lotion de vinaigre et d'eau n'amena aucune amélioration ; les pilules furent cessées. Elle commença alors à vomir, puis tomba dans un sommeil profond, dont elle ne pouvait être tirée qu'avec peine pour prendre des aliments et répondre au médecin ; aucun appétit. Cet état dura deux jours. Dans l'après-midi du deuxième jour, un état transitoire d'excitation interrompit la somnolence.

Elle pousse des cris, quitte son lit et tombe au bout de quelques pas; elle parle sans aucun sens suivi; elle ne peut rien tenir; elle voit chaque chose double; état que Rhigini a déjà désigné sous le nom d'ivresse d'iode. Au bout de quelques heures, elle devient plus tranquille et retourne à la somnolence. En deux jours, ces paroxysmes avaient atteint leur acmé; la malade se plaignit toute la nuit de mal de tête, de vertige en s'asseyant sur son lit. Le bavardage augmente beaucoup et la peur de la mort avec angoisse était très prononcée. Elle retenait chaque personne auprès de son lit, en gémissant sur son prochain décès. Son corps était constamment agité de mouvements spasmodiques; secousses des muscles de la face; inspirations profondes alternant avec de l'apnée; vers le soir, la malade est plus tranquille et plus consciente, mais dans la nuit ni repos ni sommeil, se plaignant de la tête. Le lendemain matin, elle est décidément mieux, seulement fatiguée, et la diplopie persiste. Les fonctions des autres sens sont normales et les pupilles réagissent bien. Il n'y a aucune paralysie, seulement les mouvements sont lents et sans énergie. Quand elle ferme les yeux, elle ne peut se tenir droite, oscille et ne peut pas bien marcher. Elle resta ainsi du 9 au 15. où elle eut une seconde attaque de vertiges, vomissements, mal de tête, et diplopie; mais ce paroxysme ne dura qu'un jour, et vers le 21, elle marchait seule et avait bon appétit.

5 Le Même. — Une femme de près de 70 ans souffrait depuis plusieurs années d'ulcères syphilitiques de la gorge avec une nécrose très étendue de la voûte palatine. A son entrée à l'hôpital le 6 juin, on lui fit prendre 4 pilules d'iodoforme deux fois par jour et on badigeonna les parties nécrosées avec de la teinture de cantharides.

Le 14, après avoir pris 5 grammes d'iodoforme, les premiers symptômes de somnolence se montrèrent. Elle ne sait pas ce qu'elle dit, marche avec difficulté, comme une personne ivre. La nuit précédente avait été sans sommeil, avec douleurs atroces dans toute la circonférence du crâne.

Le 16, coma complet, la malade dort tranquillement dans son lit; si on lui soulève les bras, ils retombent dans le relâchement, les paupières offrent une grande résistance au doigt. Elle réagit promptement à une excitation cutanée, essayant de la détourner. Avec un grand effort, elle peut être réveillée à l'heure des repas, et avale mécaniquement la nourriture liquide introduite dans sa bouche; pouls, 80; respiration, 20; les selles sont régulières, un peu d'incontinence d'urine; l'urine présente une légère réaction d'iode. Durant la nuit elle est plus agitée, délirante, se lève et court à travers la chambre, on doit la recoucher.

Cet état comateux persiste cinq jours. Ensuite, quand on la secoue et on lui parle fort, elle essaye d'ouvrir les yeux et répond lentement après quelques instants.

Les cinq jours suivants l'état persiste semblable; ensuite son cerveau commença à être plus lucide; elle se plaignait de mal de tête, et après plusieurs interrogations elle décrivait ainsi son état : je me sentais tout à fait fatiguée et harassée; tout mouvement était difficile. Je voyais les personnes et les choses comme à travers un voile. Je me souvenais des visites de mon médecin (mais non de celles de mes connaissances), je souffrais tout le temps de douleurs occipitales et d'un sensation d'écorchures dans la gorge, et j'étais alté (toucher son occiput et son cou lui fut désagréabl endant toute sa somnolence); durant la nuit, je mais d'un sommeil tran-

quille (en réalité, elle était très agitée). Il ne fut pas observé de diplopie dans ce cas. Elle se plaignit longtemps ensuite de vertiges et de la lassitude.

6° Schede (*Cyclop. of drug path.*). — Il rapporte qu'il y a des personnes ayant une idiosyncrasie particulière pour l'iodoforme; idiosyncrasie qui ne peut être connue que lorsque, sans aucun avertissement, apparaissent soudainement les plus violents symptômes d'empoisonnement, pouvant amener la mort rapide du malade, même en suspendant immédiatement son emploi. Ces symptômes sont divisés en six groupes :

a) Il peut y avoir une élévation de la température à 104° F (40°) et plus, sans autres phénomènes (ce qu'on appelle fièvre aseptique).

b) En outre de la fièvre, on peut observer de la dépression, du mal de tête, la perte de l'appétit, un goût d'iode dans la bouche, le pouls étant souvent très rapide et en même temps petit et dépressible. En supprimant la drogue, ces symptômes disparaissent.

c) Les pulsations peuvent atteindre 150, 180 et plus. Malgré cette action cardiaque rapide et la petitesse du pouls, avec anxiété, etc., l'amélioration peut survenir en cessant la drogue; cependant, il y a déjà un grand danger. Cet état peut s'établir après une première application d'un pansement iodoformé ou peut survenir seulement après plusieurs semaines où ce pansement avait été toléré.

d) La rapidité alarmante du pouls s'accompagne de forte fièvre, la sensibilité n'est pas encore diminuée et il n'y a aucun symptôme de septicémie, mais la suspension de l'iodoforme n'amène pas de guérison et la mort survient.

e) Après les grandes opérations, quoique le pouls soit

très bon, il survient un collapsus rapide, amenant la mort. Il y a lieu, cependant, de savoir si celle-ci est due à l'iodoforme seul.

f) Les plus alarmants symptômes et les plus dangereux aussi bien par leur fréquence relative que par leur soudaineté sont les accidents cérébraux qui prennent tantôt la forme d'une méningite aiguë, tantôt celle de troubles psychiques (mélancolie, etc.), et tendent à une terminaison fatale, même sans qu'il y ait une élévation particulière de la température et quoique l'administration de l'iodoforme ait été suspendue.

7° Kuster (*ibid.*). — Il rapporte plusieurs cas d'intoxication mortelle causée par des applications d'iodoforme sur blessures, dans lesquels les symptômes ressemblaient beaucoup à la description de Schède, c'est-à-dire troubles du tube digestif ; fièvre ; une action spéciale sur le système nerveux, caractérisée par de la dépression, de la mélancholie, la dilatation des pupilles, de l'apathie, des mouvements involontaires, de l'incontinence d'urine, des hallucinations, etc., un collapsus rapide et la mort.

8° Kocher (*ibid.*). — Il a trouvé que l'iodoforme est un pansement dangereux. Il n'a pas observé moins de vingt-trois cas dans lesquels un pansement iodoformé sur des plaies récentes avait été suivi d'accidents toxiques.

Les principaux symptômes sont l'excitation, l'agitation et la dépression mentale. Les malades ont quelquefois le délire et des hallucinations. Ils essaient, parfois, de sortir du lit et de s'échapper. Ces symptômes disparaissent en remplaçant l'iodoforme par un autre pansement. Les applications d'iodoforme sur une vaste blessure récente,

peuvent être suivies par une perte totale de mémoire et d'une altération de la parole. Dans un cas, après l'extirpation d'un cancer du rectum et l'application de l'iodoforme sur les surfaces ulcérées, le malade devient très bruyant et violent et a quelque chose qui ressemble à une attaque de manie aiguë. Kocher a aussi observé, après des pansements à l'iodoforme, une perte complète de connaissance. Dans cette forme d'empoisonnement, il y a habituellement une grande difficulté à faire accepter la nourriture au malade. La vessie doit être vidée par le cathétérisme, les membres, principalement les bras, deviennent raides et courbaturés, et enfin, dans les cas graves, le collapsus vient ensuite. L'iodoforme accélère considérablement le pouls. Malgré cela, malgré l'excitation mentale et l'agitation, la fièvre est rarement observée. Le malade, après une action toxique prolongée, passe dans un état chronique d'agitation et souffre beaucoup du manque de sommeil et de difficulté de la nutrition. L'empoisonnement, comme c'est la règle, est beaucoup plus grave lorsqu'il survient rapidement après une opération chirurgicale, que lorsqu'il est dû à une action prolongée de l'iodoforme. L'iodoforme diffère de l'iode dans ses effets toxiques, parce qu'il ne produit pas d'exanthème ou de catarrhe nasal et qu'il ne cause pas de vertiges. Il agit souvent comme un poison, bien qu'il ait été appliqué en petite quantité, et lorsque la quantité d'iode qui peut être produite est trop petite pour être en rapport avec les effets toxiques observés. Et, au contraire, les symptômes de l'empoisonnement par l'iodoforme peuvent persister après que l'iode a disparu de l'urine et des autres excrétions.

9° Zeissl (*ibid.*). — Il a rapporté deux cas dans lesquels l'usage externe de l'iodoforme a paru produire une éruption. Un ulcère de la jambe chez un petit garçon de 3 ans était pansé à l'iodoforme, pansement changé plusieurs fois dans le cours d'une quinzaine. A la fin de ce temps, la température monte subitement à 105° F. (40,6) et un érythème diffus parut sur la face antérieure de la partie supérieure de chaque bras et à la face interne de chaque cuisse. Les parties affectées étaient d'un rouge brillant, le reste de la peau étant normal. L'enfant était somnolent et vomissait des matières jaunes verdâtres. Le 8e jour après la cessation de l'iodoforme, la température devint normale et l'exanthème pâlit graduellement. Pendant l'éruption, l'urine donnait une réaction d'iode bien nette ; elle contenait un peu d'albumine et d'épithélium rénal. Les applications ayant été reprises, il survint une nouvelle attaque absolument semblable, avec la même élévation de température et l'albuminurie, cessant cinq jours après la cessation du pansement. A la fin, cependant, la tolérance pour l'iodoforme s'établit.

Dans un autre cas, l'iodoforme fut appliqué au pansement d'une fistule en rapport avec un os carié. Après une semaine le malade présenta une éruption semblable à l'urticaire, des plaques rouges proéminentes bien circonscrites, entourées par de la peau rougeâtre. Quelques-unes de ces élévations avaient un diamètre de 2 centimètres. Elles étaient surtout nombreuses à la surface de flexion des membres. Les urines ne contenaient pas d'albumine. L'application fut cessée et l'éruption persista pendant une semaine.

10° Trèves (*ibid.*). — Dans l'empoisonnement chronique

par l'iodoforme, les signes de l'empoisonnement se développent lentement et insidieusement. Il y a du malaise, de la perte des forces, une diminution de l'appétit, avec des vomissements passagers, et par-dessus tout le malade est affaissé avec une sensation de dépression. Il y a ordinairement un léger degré de fièvre et un pouls rapide. Le sommeil est d'abord irrégulier et il y a un peu d'agitation le soir. Le mal de tête est assez habituel. Avec le temps, le malade devient apathique et somnolent. Il est mélancolique, sa mémoire est altérée et diminuée, il est troublé par des rêves de mort, ou de quelque danger imminent; il ne prend aucun intérêt à son entourage. Il reste dans un état d'assoupissement, il se consume, il peut devenir malpropre dans ses vêtements, la langue devient sèche et brune, il ne se plaint pas et s'enfonce dans un état plus ou moins complet d'hébétude. Quelques malades dans cet état ont perdu la force de leurs jambes, et tout contrôle sur leurs sphincters. D'autres ont été capables d'être placés sur un fauteuil et de se mouvoir un peu (comme cela est arrivé dans une de mes observations personnelles), jusqu'à peu de temps avant la mort. Dans les cas mortels, le malade devient de plus en plus faible et avec le temps entièrement vidé. Il meurt enfin dans le coma. Si l'iodoforme a été cessé, la guérison peut arriver à la fin, même quand ces symptômes ont été forts pendant quelques temps. Dans cette phase d'empoisonnement l'état peut persister pendant des semaines et même pendant des mois.

Dans les cas aigus, les symptômes se développent bien plus rapidement et peuvent apparaître presque soudainement. Il y a, peut-être, tout d'abord quelques malaises, puis le malade se plaint du mal de tête, qui est souvent

intense, et de vertige. Le sommeil est entrecoupé et même quelquefois tout à fait disparu. Il y a de l'agitation le soir. La température est haute sans cause appréciable et peut s'élever à 104,105 ou 106° F. (40°, 40°6, 41°2). Le pouls est remarquable par sa rapidité montant quelquefois à 150 ou 180. Il y a souvent de l'albuminurie, une grande inappétence, et on peut observer des vomissements. Dans un cas, les vomissements étaient très répétés, l'excitation se change en délire. Le malade a des hallucinations, quelquefois le délire des grandeurs, et ses symptômes ressemblent à ceux de la manie aiguë. Des malades dans cette condition ont été enfermés dans des asiles. Parmi des complications plus rares on peut observer des tremblements, des raideurs des membres, des mouvements convulsifs, de la diplopie, une respiration irrégulière. Les malades se consument et sont de plus en plus prostrés; ils peuvent tomber dans le coma et mourir. Dans un assez grand nombre de cas les symptômes se sont développés soudainement par la fièvre, par une céphalalgie intense ou par un délire inexplicable. Chez quelques malades les symptômes ont très exactement ressemblé à ceux de la méningite, surtout chez les enfants et les jeunes sujets.

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *novembre.* — *Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique.* — M. Ranvier a montré que les cellules endothéliales du péritoine étaient de la même nature que les cellules plates du tissu conjonctif et que ces cellules endothéliales ou du tissu conjonctif jouaient le rôle le plus actif dans la constitution des cicatrices. Le professeur Cornil a déjà confirmé cette manière de voir au sujet de l'histologie des réunions séro-séreuses de l'instestin. Dans cette séance, il communique à l'Académie le résultat de ses expériences sur les pleurésies aseptiques et démontre qu'il en est de même pour la plèvre que pour le péritoine. Ces pleurésies ont été déterminées chez des chiens et les phénomènes histologiques observés dans les adhérences cicatricielles ont été les suivants : dépôt de fibrine à la surface séreuse donnant lieu à une membrane réticulée, prolifération des cellules endothéliales par une division directe, redressement des cellules qui pénètrent dans la fausse membrane et finissent par s'unir avec celles venues de la face opposée de la séreuse. Cette union des cellules dans la fibrine est complète au bout de trois à quatre jours, si les surfaces sont peu éloignées ; des cellules vaso-formatives y sont déjà bien visibles et des vaisseaux se montrent au 5e, 6e ou 7e jour.

Il faut en conclure que les cellules vaso-formatives jouissent de mouvements amoboïdes propres et qu'elles se déplacent pour pénétrer dans la fibrine qui elle-même, par ses dépôts successifs, les entraîne des couches profondes aux couches superficielles de la pseudo-membrane. Cette vitalité extrême des cellules endothéliales est favorisée par la richesse nutritive du sang et de la fibrine avec lesquels elles sont en contact. Ces mêmes cellules endothéliales globulaires ou à prolongements multiples, anastomosés, se voient dans les exsudats fibrineux contenus dans les bronches et les alvéoles pulmonaires dans la pneumonie aseptique artificielle du chien.

Diagnostic et traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — M. Lereboullet prend la parole au au sujet de la communication faite par M. Dieulafoy dans la dernière séance et dit que, bien que d'accord avec lui, sur presque tous les points, il ne partage pas son opinion au point de vue de la chute de la température, comme signe important pour le diagnostic de la perforation d'une plaque de Peyer dans le cours d'une fièvre typhoïde.

M. Lereboullet cite plusieurs observations personnelles dans lesquelles la température s'est élevée, au contraire. Il rapporte aussi l'opinion de divers auteurs, Homolle entre autres, qui a écrit : « Souvent un grand frisson annonce, en même temps que la douleur, la rupture de l'intestin et la température s'élève rapidement. » Il ne faut donc pas toujours réclamer une intervention chirurgicale dans les cas de fiève typhoïde grave où la température s'abaisse brusquement et reste abaissée. Il semble, au contraire, que dans ces cas, l'abstention soit plutôt indiquée.

Pour M. Lereboullet, le pouls donne de meilleurs renseignements que la température dans la perforation intestinale. Dans tous les cas où le pouls s'accélère brusquement, devient petit, serré et inégal, et persiste avec ces caractères et une fréquence progressive pendant plusieurs jours, il ne peut être question, dit-il, que d'une hémorrhagie ou d'une perforation intestinale.

M. Ch. Monod vient ensuite apporter un fait personnel à l'appui de l'opinion de M. Lereboullet. Il s'agit d'un cas dans lequel une élévation brusque de la température avec pouls à 115, faciès grippé, ballonnement du ventre et vomissements dans le cours d'une fièvre typhoïde, firent penser à une perforation intestinale. Malheureusement l'intervention qui démontra, d'ailleurs, la réalité de cette perforation, ne permit pas de sauver le malade, bien que l'opération eût été pratiquée quelques heures seulement après le début des accidents péritonéaux consécutifs à cette perforation.

Séance du 10 novembre. — *Périarthrite coxo-fémorale simulant la coxalgie.* — M. Duplay fait un rapport sur un cas de périarthrite de la hanche, observé par le Dr Cruvelli, de Melbourne, dans lequel la lésion simulait une coxalgie à tel point que plusieurs médecins et chirurgiens n'hésitèrent pas à porter ce dernier diagnostic. Il s'agissait d'un enfant d'une dizaine d'années, très vigoureux, n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'une rougeole, qui fit, au mois de juillet 1892, une chute dans laquelle la hanche droite fut fortement contusionnée. Quelques jours de repos au lit semblèrent avoir fait disparaître toute douleur, quand au bout de trois mois et à la suite de courses exagérées, les douleurs reparurent et s'accentuè-

rent au point d'empêcher la marche. A cette époque, les symptômes se réduisirent à de la gêne et de la douleur pendant la marche, sans déviation ni changement dans la longueur du membre inférieur droit ; il existait un léger empâtement en dehors et en arrière du grand trochanter et la pression à ce niveau était douloureux. Au bout de quelques jours, malgré le repos au lit, la jambe et la cuisse se placèrent en flexion, abduction et rotation du membre en dehors. Il existait, en même temps, une forte ensellure de la hanche et le pli fessier avait complètement disparu. Cependant, le pli de l'aine était à peine effacé, pas de douleurs à la pression du côté de la tête fémorale, pas d'irradiations douloureuses du côté du genou.

Le traitement consista en : repos absolu sans appareil, pointes de feu et sulfate de quinine contre la fièvre. Au bout de quinze jours, l'état s'était très amélioré et l'enfant partit pour la France où le Dr Duplay confirma le diagnostic de périarthrite porté par le Dr Cruvelli. La maladie reparut au bout de quelques mois, mais du côté opposé et disparut, d'ailleurs, sous l'influence du même traitement. Cette observation rentre dans les cas des affections périarticulaires pouvant simuler la coxalgie. Ces périarthrites de la hanche affectent soit les parties molles, et plus particulièrement les bourses séreuses de la région, soit le squelette et principalement le grand trochanter.

Emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. — L'analgène est un dérivé de la série aromatique. Il a été étudié au point de vue analgésique et antipyrétique, par le Dr Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, surtout sur les enfants, et c'est le résultat de ses expériences qu'il communique à l'Académie de médecine. Ce médicament employé à la

dose de 25 centigrammes à 3 grammes par vingt-quatre heures paraît agir d'une manière efficace dans les cas de fièvre malarienne. Ce serait une sorte de succédané de la quinine avec cet avantage que son insipidité en rend l'absorption beaucoup plus facile chez les jeunes malades. D'un autre côté il semble agir également dans la tuberculose, la lymphangite aiguë, les arthrites aiguë, le mal de Pott, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie jacksonnienne et les névralgies. Il est à craindre cependant qu'un médicament qui guérit si bien tant de maladies sérieuses n'ait pas d'aussi bons effets entre les mains de tous les expérimentateurs.

Sur un nouveau ferment du sang. — M. Hanriot lit une note dans laquelle, étudiant la solubilisation des graisses dans l'organisme, il montre qu'elle a lieu par l'intermédiaire d'un ferment soluble qu'il a nommé lipase.

Séance du 17 novembre. — Cette séance est consacrée presque entièrement à la lecture de nombreux rapports sur les prix de l'Académie. A la fin M. Cadiot, candidat à une place dans la section de médecine vétérinaire, vient lire un travail sur la tuberculose des petits animaux dans lequel il montre que la tuberculose canine est beaucoup moins rare qu'on le croyait. La tuberculose canine est d'origine humaine et les voies d'infection sont soit la muqueuse digestive soit la muqueuse respiratoire. D'ailleurs le chien devient dangereux pour l'homme dès qu'il est porteur de lésions déversant à l'extérieur les agents de la contagion. Le chat et les psittacés ne sont pas moins sujets à la tuberculose, et le produit de leurs sécrétions est aussi très violent pour l'homme.

Dans la même séance, le Dr Régnier a fait une lecture

sur les accidents de la chloroformisation qui, à son avis, reconnaissent la plupart du temps pour cause une tare nerveuse des sujets. C'est ainsi que chez les alcooliques, on observe fréquemment au début de la chloroformisation une excitation qui rappelle celle de l'alcool, on a même observé de véritables attaques de delirium tremens. Chez les hystériques on voit des crises convulsives ou syncopales. Chez les épileptiques on peut voir de véritables accès épileptiformes.

La morphine n'agit pas toujours de la même façon. Si le sujet est intoxiqué par la morphine, les effets varieront suivant que la cellule nerveuse est excitée ou déprimée. Si la morphine n'est prise qu'en petite quantité, la chloroformisation sera généralement plus facile et plus prompte. Chez les ataxiques il peut se produire des réflexes généralisés amenant des arrêts de la respiration et du cœur. En somme, la cellule nerveuse excitée par le chloroforme réagit suivant son mode habituel de réaction. Tous les accidents de la chloroformisation peuvent se retrouver au réveil. D'où l'obligation de ne jamais quitter un malade qui a été chloroformisé, avant qu'il n'ait complètement repris connaissance.

Séance du 24 novembre. — Un cas de morve chronique chez l'homme. — M. Hallopeau fait un rapport sur un cas de farcin chronique observé chez l'homme par M. Rémy.

La lésion initiale, qualifiée de panaris, apparut huit ou dix jours après une piqûre avec une aiguille contaminée; elle siégeait à l'index gauche, mais elle n'a pu malheureusement être étudiée par l'auteur. Il est probable que si cette lésion initiale, que l'on pourrait appeler chancre, était détruite dès son apparition, on aurait quelques

chances de voir la maladie enrayée dans son développement. Quoi qu'il en soit, cette lésion fut bientôt suivie d'une lymphangite du membre et d'adénopathies axillaires. Ces adénopathies semblent avoir créé une barrière pour le mal, car aucune manifestation ne s'est produite depuis en dehors du membre primitivement atteint.

Depuis lors, la maladie, après une phase aiguë de courte durée, a passé à l'état chronique ; elle s'est manifestée par une série d'abcès puis par des lésions cutanées polymorphes.

Pour confirmer le diagnostic de morve, M. Rémy a eu recours à la méthode de Strauss qui consiste dans l'inoculation intra-péritonéale du pus farcino-morveux. Au bout de trente-six heures on peut constater le gonflement des testicules suivi au bout de deux jours d'une vaginalite suppurée. M. Hallopeau put remarquer à ce sujet que le pus provenant des surfaces ulcérées d'un mycosis fongoïde détermine également une vaginalite suppurée chez les cobayes auxquels on l'inocule, mais l'évolution est plus lente, l'aspect du pus est différent et on y constate l'absence du bacille caractéristique.

Dans le cas particulier, le traitement a consisté en bains très prolongés dans une solution contenant 2 grammes d'iode et 20 grammes d'iodure de potassium pour 5 litres d'eau.

Sur les lésions des vaisseaux (artères et veines) et la formation des cicatrices, consécutivement à une ligature. — M. Cornil communique à l'Académie le résultat de ses expériences relatives à la ligature des vaisseaux. Après la ligature d'une veine, le sang se coagule au-dessous et au-dessus du point où la circulation est interrompue. La

paroi du vaisseau subit une lésion traumatique qui détache souvent un lambeau de la membrane interne, et sa lumière présente des plis et des saillies. Dès le premier jour commence la multiplication des cellules de l'endothélium de la paroi interne de la veine. Ces cellules se gonflent et se détachent presque complètement de la membrane interne vasculaire à laquelle elles restent cependant adhérentes par un seul prolongement. Une série de ces cellules se montrent alors perpendiculaires ou obliques à la surface de la membrane intense.

Quarante-huit heures après, ces mêmes cellules par leur prolifération ont envahi le caillot, et s'anastomosent entre elles en formant comme de petits bourgeons.

Au quatrième jour, ces bourgeons laissent entre eux des cavités bordées de cellules épithéliales, qui ressemblent à des vaisseaux capillaires. Il n'y manque en effet que le sang circulant dans ces réseaux.

Au bout de six jours, le caillot est entièrement parcouru par des cavités pseudo-capillaires.

Dix jours après la ligature, la tranformation complète du caillot en un tissu conjonctif est achevée. Les vaisseaux sanguins de la paroi se sont unis avec les cavités pseudo-capillaires du bourgeon cellulaire endophlébitique et la circulation sanguine s'opère dans les canaux préformés.

Les mêmes phénomènes s'observent pour les cicatrices des artères, mais la durée est plus longue, par suite de la résistance des lames élastiques à se laisser traverser par les vaisseaux de la tunique externe.

Sur une falsification de la bière au moyen d'une colle renfermant du bisulfite de chaux. — M. MANOUVRIEZ a observé des cas d'empoisonnement produits par la bière

venant de chez un même brasseur. Les malades présentaient : des nausées, vomissements, coliques, diarrhée, météorisme, faiblesse des jambes, alourdissement et hébétude. L'attention fut attirée sur la bière parce qu'un débitant avait remarqué que la bière attaquait le zinc du comptoir en le blanchissant. Le brasseur se servait pour coller ses bières d'une colle contenant par kilogramme 0 gr. 494 d'acide sulfureux, correspondant à 6 gr. 025 de bisulfite de chaux à 12°5 Baumé. Il est certain que l'acide sulfureux contenu dans la bière avait pour résultat de rendre ce liquide indigeste en entravant l'action des ferments de la digestion.

D[r] Nimier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. La lésion locale dans l'épistaxis. — II. Perforation de la vésicule biliaire, péritonite ; grossesse de deux mois et demi. Laparotomie. Guérison sans aucun trouble de la grossesse. — III. Dangers du vésicatoire chez l'enfant ; pseudo-méningite cantharidienne. — IV. Opalescence et lactescence du sérum de certains albuminuriques. — V. Sérum lactescent et ascite laiteuse non chileuse. — VI. Vésanie temporaire observée a la suite de la fièvre typhoïde chez les enfants.

I

(*Séance du* 30 *octobre.*) — M. Lermoyez, à propos de la communication faite à la séance précédente par le D[r] Rendu, vient affirmer que dans le plus grand nombre des cas l'épistaxis provient d'une lésion locale, sorte

d'ulcère variqueux siégeant à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale presqu'immédiatement en arrière de la narine, dans un point très accessible aux regards et que l'on peut explorer sans miroir et sans spéculum. Il ajoute qu'il suffit le plus souvent de toucher ce point avec un crayon de nitrate d'argent et de protéger l'eschare ainsi formée par des applications de vaseline boriquée pour arrêter toute hémorrhagie. Ce lieu d'élection occupe la terminaison de la branche interne de l'artère sphéno-palatine, qui mérite de porter le nom d'artère de l'épistaxis.

M. GUINON vient appuyer cette manière de voir en parlant d'un malade de 65 ans ayant une lésion mitrale et une artério-sclérose ; on aurait pu rapporter ses épistaxis répétées à des modifications de tension sanguine ; et cependant une simple cautérisation à l'acide chromique faite par M. Lubet-Barbon les a arrêtées complètement.

M. RENDU, tout en reconnaissant l'existence d'une lésion locale chez la malade de son observation, croit qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que la tension artérielle exagérée ou la sclérose artérielle peut amener l'hémorrhagie au niveau d'une muqueuse si vasculaire.

II

(*Séance du 6 novembre.*) — MM. SIREDEY et FAURE rapportent une observation très intéressante par ses résultats opératoires; en voici le résumé.

Jeune femme de 24 ans 1/2, enceinte de 2 mois 1/2, entre à l'hôpital le 2 septembre dernier dans le service de M. Siredey.

Comme antécédents, trois grossesses antérieures ayant suivi un cours normal; fièvre typhoïde en août 1898. Le

1er mai, la malade est prise la nuit de douleurs lombaires et de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, fièvre et constipation;ces accidents durent huit jours.

Dans la nuit du 30 au 31 août, douleurs analogues, vomissemeuts verdâtres et fièvre.

A son entrée, le diagnostic de péritonite s'imposait : le ventre était très ballonné et très douloureux, surtout à droite, les vomissements étaient incessants; il existait du hoquet. Le pouls était très fréquent, la température tombée à 37°6. La malade avait perdu un peu de sang dans la nuit.

Le Dr Faure, pensant à une péritonite causée par une appendicite,propose une intervention immédiate, indiquée par l'état inquiétant de la malade.

Incision vers la partie interne de la fosse iliaque droite écoulement d'une certaine quantité de liquide puriforme; le péritoine est rouge, injecté, et présente l'apparence velvétique due à la présence d'exsudats. Le cæcum et l'appendice sont absolument sains; l'utérus gravide et la trompe droite ne présentent aucune altération.

Nouvelle incision longitudinale sur la ligne médiane pour rechercher s'il existe quelque perforation viscérale.

Le péritoine paraissait presque sain à ce niveau, la plaie est suturée et on prolonge par en haut l'incision de la fosse iliaque.

A mesure qu'on se rapprochait de la face inférieure du foie, en pressant sur la vésicule pour voir si elle ne contenait pas de calculs, le péritoine paraissait plus malade. On voyait des fausses membranes unissant les anses intestinales. En même temps le liquide contenu dans le péritoine était à la fois plus abondant et plus coloré en

jaune. A peine la main de l'opérateur arrivait-elle sous la face inférieure du foie, qu'un flot de bile pure, facilement reconnaissable à sa coloration jaune verdâtre, inonda le péritoine. Il existait à ce niveau des adhérences étendues et assez solides, et il fut impossible d'explorer en détail la vésicule biliaire et de découvrir la perforation. On ne découvrit pas de calculs.

Toute la région malade est nettoyée avec soin au moyen de grandes irrigations d'eau bouillie, tampon de gaze stérilisée au niveau de la vésicule et drain; suture de la plaie.

Le 5, on trouve un peu de pus et très peu de bile sur le pansement.

Amélioration très rapide; la suite de l'opération est normale et le 1er novembre la malade allait très bien, sa grossesse continuait normalement.

Quelle que soit la cause de cette perforation de la vésicule biliaire, calcul biliaire bien probablement, la guérison ainsi obtenue est remarquable et méritait d'être rapportée.

III

M. Comby rappelle d'abord les diverses attaques qui ont été faites dans ces derniers temps contre le vésicatoire; il a lui-même à plusieurs reprises « insisté sur les inconvénients et les accidents du vésicatoire permanent et du vésicatoire volant employés sans discernement ». Il a vu « des plaies horribles, diphtéroïdes, gangréneuses succéder à des vésicatoires oubliés pendant une demi-journée ou une journée entière sur la poitrine des jeunes enfants ». Il a signalé « quelques cas de morts consécutives à la septicémie ou à l'épuisement d'origine cantharidienne ».

M. Comby proteste contre la pratique d'un grand nombre de médecins de la ville qui ne tiennent pas compte de la campagne qui a été mené contre le vésicatoire et qui en continuent l'emploi.

Il rapporte une observation « d'un enfant de 4 ans qui, atteint d'une maladie bénigne, a failli mourir du remède dirigé contre elle, c'est-à-dire du vésicatoire. Cet enfant qui toussait un peu, qui avait sans doute une légère grippe, un peu de bronchite, a été traité par deux grands vésicatoires sur le thorax. Ces vésicatoires, à peine cicatrisés aujourd'hui, après quatre semaines, ont eu pour effet : des accidents pseudo-méningitiques (raideur de la nuque, délire, agitation, anurie, etc.,) qui ont inspiré de grandes inquiétudes, une pyélo-néphrite cantharidienne avec albuminurie et anurie, de la fièvre accompagnée d'amaigrissement rapide. Aujourd'hui le petit malade est guéri, mais il n'en a pas moins couru un très grand danger. »

Voici une partie de l'observation :

Jules A..., âgé de 4 ans, est reçu le 18 octobre, à l'hôpital Trousseau, salle Barrier.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le 14 octobre, l'enfant se met à tousser et un médecin consulté a ordonné d'appliquer deux vésicatoires, l'un en avant et l'autre en arrière de la poitrine ; les vésicatoires ont été laissés en place pendant quatre heures.

Dès le lendemain, l'état général de l'enfant, au lieu de s'améliorer, devient de plus en plus mauvais ; l'enfant est agité, crie continuellement et se plaint de la tête.

Les jours suivants, son état ne s'améliore guère et c'est dans ces conditions que l'enfant est amené à l'hôpital, avec un certificat de la part du médecin qui porte le diagnostic de méningite.

Le 18 octobre, le jour de son entrée, l'enfant est très abattu, il ne prête attention à rien de ce qui se passe autour de lui; la somnolence est continuelle, et il n'en sort que pour pousser des gémissements ou pour prononcer des paroles incohérentes.

Il est couché sur le dos, la face est plutôt congestionnée, le regard terne et inquiet, les pupilles inégalement dilatées.

Le pouls est rapide et très petit, la respiration régulière, le ventre normal, la température du soir 39°3.

Il se défend au moindre attouchement, mais il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

A chaque instant, il porte sa main à la tête dont il continue à souffrir; depuis vingt-quatre heures il n'a pas été à la selle et, malgré un lavement qui lui a été donné, il n'a rien rendu du tout.

Il n'urine pas et le cathétérisme ramène une quinzaine de grammes environ d'urine claire et albumineuse.

On constate une faible raideur de la nuque.

L'examen de la poitrine nous fait voir l'existence de deux larges plaies non complètement cicatrisées consécutives aux vésicatoires, et mesurant l'une (dans le dos) 15 centimètres de long sur 0 m. 08 de large; celle de devant 0 m. 08 de long sur 0 m. 05 de large.

Le scrotum est œdématié dans son ensemble; rien de spécial aux membres inférieurs.

Rien à l'auscultation de la poitrine.

La langue est sèche, rôtie; il en est de même des lèvres et du fond de la gorge.

On lui fait appliquer 2 ventouses scarifiées au niveau de chaque région lombaire; lavement froid matin et soir, et on lui fait avaler le plus de lait possible.

Le lendemain, l'état est presque le même; la constipation et l'anurie persistent; un nouveau cathétérisme ne ramène rien.

La température marque 38°4 le matin; 38°8 le soir.

Le 20 octobre. L'enfant est allé à la selle, il a uriné un peu au lit; l'abattement est moindre, mais il délire toujours un peu.

La température marque 38°3 le matin; 39°3 le soir.

L'état reste à peu près le même, la température oscillant entre 38 et 39°; les urines toujours très rares et légèrement albumineuses jusqu'au 20 octobre.

Le 27 octobre. Plus d'albumine; la raideur de la nuque de même que la constipation et l'anurie ont disparu (il urine toujours au lit, il a un phimosis congénital); l'enfant cause et prête attention à ce qu'on lui dit.

La température, 37°5, le matin, 37°9 le soir.

Le 30 octobre. L'enfant est complètement remis; il joue, urine bien et va à la selle.

Le 31 octobre. Demande à manger; la température oscille toujours un peu autour de 37°, mais la guérison est acquise.

M. Sevestre se demande si les symptômes méningitiques de ce petit malade ne pourraient pas être rapportés à une grippe; il a publié autrefois des accidents pseudo-méningitiques causés par la grippe.

M. d'Heilly partage les idées de M. Comby sur l'usage du vésicatoire chez les enfants, mais les médecins ont souvent la main forcée par le public qui considère le vésicatoire comme un traitement souverain et indispensable.

IV

MM. Widal et Sicard ayant eu dans ces derniers temps

l'occasion d'examiner le sérum d'un grand nombre de personnes ont éte frappés de voir que le sérum de certains albuminuriques présentait, aussitôt après sa formation, un aspect opalin ou lactescent tout particulier. Les recherches bibliographiques ont montré que les anciens observateurs avaient connaissance de ce fait qui était complètement tombé dans l'oubli aujourd'hui.

MM. Achard et Bensaude ont communiqué l'observation d'une femme atteinte de fièvre typhoïde dont le sérum était laiteux ; l'urine contenait 1 gr. 50 d'albumine.

MM. Widal et Sicard ont examiné le sérum de 13 malades atteints de maladies de Bright, ou ayant des urines très albumineuses. Chez 8 le sérum était plus ou moins opalin, rarement lactescent, chez les 5 autres, il était transparent.

Voici le résumé des observations, d'abord de celles dans lesquelles le sérum s'est montré lactescent ou opalescent :

1° Néphrite subaiguë ayant évolué en six mois chez un homme de 45 ans, non artérioscléreux. Les urines contenaient 6 à 8 grammes d'albumine par litre; pas de polyurie. Le sérum, examiné à plusieurs reprises, présentait un aspect très lactescent. La mort survint au milieu d'attaques urémiques après anasarque généralisée. On trouva à l'autopsie de gros reins blancs.

2° Néphrite subaiguë survenue chez une primipare de 24 ans, après un accouchement compliqué d'accidents éclamptiques; il y avait oligurie, et le taux de l'albumine oscillait entre 6 et 7 grammes par litre. Le sérum examiné à plusieurs reprises présentait un aspect opalin très net. La malade sortit améliorée.

3° Albuminurie chez une nouvelle accouchée de 19 ans,

primipare. Les urines, le jour de l'entrée, contenaient 3 grammes d'albumine ; elles en contenaient 4 grammes deux jours après l'accouchement au moment où on recueillit le sérum qui présentait une teinte opaline manifeste. Cette observation nous a été communiquée par M. Bouchacourt, interne de M. Ribemont-Dessaigne.

4° Néphrite aiguë à début fébrile avec anasarque généralisée chez un jeune homme de 22 ans. Il y a oligurie, et le taux de l'albumine est de 11 à 13 grammes en même temps que le sérum devient beaucoup moins lactescent.

5° Albuminurie chez un malade présentant des symptômes de mal de Bright depuis quatre mois (polyurie de de 3 à 4 litres par jour) pollakiurie, crampes, œdème palpébral et malléolaire. Le taux de l'albumine dans les urines était de 6 grammes par litre à la fin d'août ; il est actuellement de 2 grammes par litre, et le sérum présente une teinte opalescente très manifeste.

6° Albuminurie (1 gramme à 1 gr. 50 par litre) chez un cardiaque de 63 ans, ancien rhumatisant. Le sérum est opalin. A l'autopsie, on trouve de gros reins cardiaques.

7° Albuminurie chez une femme de 46 ans, paralytique générale, ayant souffert de rhumatisme dans sa jeunesse, et atteinte actuellement d'insuffisance mitrale ; albuminurie abondante ; opalescence très nette du sérum.

8° Néphrite chronique chez un artérioscléreux de 52 ans, alcoolique et syphilitique. L'albuminurie date de trois ans. Bruit de galop. Le taux de l'albumine est de 0 gr. 75 par litre. Aspect opalescent très net du sérum. Après une semaine de régime lacté, le taux de l'albumine tombe à 0 gr. 2 par litre, et le sérum n'a plus qu'une teinte légèrement opalescente.

Voici maintenant les observations où le sérum des albuminuriques s'est montré limpide :

1° Malade âgée de 41 ans, atteinte de néphrite chronique, présentant un bruit de galop très net et tous les symptômes du brightisme. Elle souffre de polyurie, et le taux de l'albumine est de 0 gr. 30 par litre d'urine. Le sérum examiné à plusieurs reprises s'est toujours montré d'une limpidité parfaite.

2° Homme de 39 ans, alcoolique, présentant depuis deux ans des symptômes de brightisme (polyurie, pollakiurie, crampes, etc.). Ses urines ne contiennent actuellement que 0 gr. 15 d'albumine par litre; son sérum est limpide.

3° Homme de 29 ans, présentant des symptômes de brightisme (crampes dans les doigts, dans les mollets, étourdissement, bourdonnement d'oreille, mouches volantes, bruit de galop). Les urines contiennent 0 gr. 20 d'albumine par litre, au moment où on recueille le sang dont le sérum est liquide. Cette observation nous a été communiquée par M. Griffon.

4° Homme de 46 ans, entré dans le service de M. Dieulafoy pour œdème suraigu du poumon avec anasarque et albumine. Le malade avait présenté des symptômes de brightisme pendant les quelques semaines qui avaient précédé son entrée à l'hôpital ; soumis au régime lacté depuis dix-huit jours, il présente encore un bruit de galop ; l'œdème a disparu ; ses urines contiennent encore 2 grammes d'albumine au moment où on recueille le sang, dont le sérum est transparent sans opalescence.

5° Femme de 30 ans, entrée à l'hôpital pour une attaque d'asystolie consécutive à un rétrécissement mitral. Albuminurie légère. Elle contracte dans le service un érysipèle

de la face. Le taux de l'albumine s'élève à 7 grammes au moment où l'on recueille le sang, dont le sérum est parfaitement limpide. Cette observation a été communiquée par MM. Achard et Bensaude.

Sauf pour ces deux derniers malades, dont les urines contenaient une assez grande quantité d'albumine, dans les trois autres cas où le sérum était limpide, les urines présentaient très peu d'albumine.

Les recherches microscopiques ont montré dans les sérums lactescents et opalescents (sauf dans 2 cas où l'opalescence était faible) la présence de petits corpuscules ronds, réfringents, immobiles, de volume et de nombre variables suivant les cas, formant parfois de véritables constellations sous le champ du microscope; ayant à peu près comme diamètre la longueur d'un quart à un cinquième de globule rouge; quelques-uns ressemblaient à des hématoblastes.

M. Widal ajoute que l'opalescence du sérum diminuait chez ses malades lorsque sous l'influence du régime lacté la quantité d'albumine devenait moindre.

On a signalé aussi le sérum lactescent chez différents animaux surtout quelques heures après les repas; chez l'homme sain, Buchanan avait trouvé la même chose lorsque le sang était pris pendant la digestion d'un repas très copieux, on retrouvait aussi au microscope de fines granulations semblables à celles que M. Widal a observées.

M. Rendu demande si le régime lacté auquel on soumet d'ordinaire les albuminuriques ne pourrait pas être pour quelque chose dans la production de cette opalescence.

M. Widal répond qu'il a signalé chez deux de ses ma-

lades la diminution de l'opalescence sous l'influence du régime lacté.

V

(*Séance du 13 novembre.*) — M. Achard rapporte qu'il a eu l'occasion d'observer tout dernièrement un cas de sérum lactescent chez un phtisique qui avait 10 grammes d'albumine par litre d'urine. L'examen microscopique y faisait rencontrer de fines granulations.

Il rapproche des cas de sérums lactescents une sérosité d'ascite qu'il a évacuée par ponction chez une femme atteinte d'une affection abdominale dont le diagnostic est resté obscur. « Ce liquide avait exactement l'aspect du lait et contrairement à ce qui s'observe dans la plupart des cas d'ascite laiteuse ou chyliforme, il ne renfermait qu'une proportion tout à fait minime de graisse. » Au microscope, on observait d'innombrables granulations extrêmement fines. La coloration était causée par ces granulations albumineuses.

M. Widal a depuis la séance précédente observé deux nouveaux cas : l'un de sérum opalescent, l'autre de sérum lactescent.

M. Variot demande si les brightiques dont le sérum était lactescent étaient au régime lacté, car des chiens, sur lesquels il expérimentait l'an dernier le sérum antidiphtéritique, et qui étaient au régime lacté, avaient un sérum lactescent ; en agitant ce sérum avec de l'éther, il avait constaté au microscope des globules graisseux.

M. Widal rappelle ce qu'il avait déjà dit dans la séance précédente que le sérum de ses malades devenait moins lactescent au bout de quelques jours de régime lacté.

M. ACHARD pense qu'il pourrait peut-être y avoir deux causes de lactescence du sérum : de granulations graisseuses dans un cas, des granulations albuminoïdes dans l'autre.

VI

(*Séance du 20 novembre.*) — M. COMBY rapporte l'observation d'un petit garçon de 3 ans entré à l'hôpital Trousseau le 12 octobre dernier, au huitième jour d'une fièvre typhoïde. Le mouvement fébrile a été assez long (vingt-six jours), le malade a présenté de la fièvre, du délire, des taches rosées lenticulaires, enfin le diagnostic de fièvre typhoïde ne laisse aucun doute. Il a été traité par les bains froids, qui ne paraissent pas avoir eu d'influence sur la durée du mouvement fébrile.

Dès le commencement de la convalescence, dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, l'enfant se met à délirer, à ne plus dormir et à présenter une agitation insolite.

La nuit, il pousse des cris et veut enjamber les barres de fer de son lit. On est obligé de l'attacher. Ce délire de paroles et d'action se continue pendant plus de huit jours. L'enfant a le regard effaré, il ne reconnaît plus les personnes qui sont autour de lui, même ses parents. Il a l'air d'avoir peur et de voir des animaux effrayants qu'il fait mine d'écarter. Il veut toujours fuir et quitter son lit. Cependant il n'a pas trace de fièvre.

Le 3 novembre au soir, on lui fait prendre, en une fois, 25 centigrammes de trional qui lui procurent une bonne nuit. La nuit suivante, l'agitation redouble. Le 5 novembre, nouvelle dose de trional suivie du même effet sédatif. On s'efforce d'alimenter l'enfant avec du lait, des potages,

des soupes qu'il prend sans appétit. Il est en effet pâle, faible, amaigri, et nous pensons que son état vésanique est dû à la dénutrition.

Le 13, l'enfant va mieux, il est plus tranquille et il reconnaît ses parents.

Le 15, il sort de l'hôpital dans un état satisfaisant, l'état vésanique n'ayant pas duré plus de quinze jours.

Les recherches du Dr Comby lui ont montré que ces accidents étaient rares et seulement signalés dans les auteurs. Il a cependant trouvé dans les *Archives of Pediatrics* (novembre 1896) une communication du Dr Samuel S. Adams, de Washington, qui rapporte 4 observations analogues, lui permettant avec la sienne de conclure que, dans la convalescence de la fièvre typhoïde chez les enfants, on peut observer des états vésaniques passagers. Ces états se présentent, tantôt sous forme de *délire maniaque*, avec cris, agitation, hallucinations terrifiantes, insomnie, etc., tantôt sous forme de *mélancolie*, de stupidité, d'hébétude tranquille.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

RÉFECTION DES NERFS CUBITAL ET MÉDIAN AU MOYEN DE SEGMENTS DE SCIATIQUE ET DE MOELLE ÉPINIÈRE DE LAPIN

A la suite d'une blessure de la partie inférieure du bras droit, un homme présentait une cicatrice. L'avant-bras, l'éminence thénar et les muscles interosseux étaient considérablement atrophiés ; l'éminence hypothénar n'exis-

tait pour ainsi dire plus. Le blessé était incapable d'exercer des mouvements de préhension avec la main droite, tous les muscles innervés par les nerfs médian et cubital se trouvant paralysés. La partie antéro-interne du bord cubital de l'avant-bras droit était privée de sensibilité depuis le coude jusqu'au poignet. La paume de la main était partout insensible, sauf l'éminence thénar et une partie de la première phalange du pouce. Sur le dos de la main, l'anesthésie occupait toute l'étendue de la surface dorsale du petit doigt et de l'annulaire, ainsi que la phalangette et la moitié inférieure de la phalangine de l'index et du médius.

Le Dr Mayo Robson (de Leeds) sectionna la cicatrice et découvrit les bouts supérieurs et inférieurs des nerfs cubital et médian. Comme il existait une distance trop grande pour les réunir directement, il reconstitua le cubital au moyen d'un sciatique de lapin qu'il sutura aux deux extrémités ; pour le nerf médian, il se servit d'un tronçon de 6 centimètres de moelle épinière de lapin.

Au bout de onze jours, on pouvait déjà noter les premiers signes du rétablissement de la sensibilité dans les parties anesthésiées. Ce résultat alla s'accentuant par la suite, en même temps que l'on constatait le retour progressif de la motilité dans les muscles frappés de paralysie. Six ans se sont écoulés depuis l'opération : actuellement l'avant-bras droit ne présente plus trace d'atrophie ; sa sensibilité est partout normale et tous les muscles fonctionnent bien, à l'exception de l'abducteur du pouce qui, pour une cause inexplicable, est resté impotent. (*Semaine medicale*, 4 novembre.)

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES PAR L'EAU OXYGÉNÉE.

M. le Dr P. Petit conseille l'emploi de l'eau oxygénée, portée dans la cavité utérine, contre les métrorrhagies, qu'elles soient sous la dépendance d'une tumeur fibreuse, d'une métrite fongueuse ou de toute autre cause.

Voici comment il opère.

Soit une hémorrhagie en nappe, d'origine intra-utérine, reconnaissant pour cause une métrite fongueuse ou un fibrome interstitiel qui laisse la cavité de l'organe suffisamment accessible. Si l'on introduit, d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique très mince garnie de ouate et trempée, sans être essorée, dans de l'eau oxygénée à 12 v., voici ce qu'on observe : production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe ; contraction de l'organe sur la tige ; mais moins rapide et moins intense que celle produite par le perchlorure de fer, avec une technique analogue ; arrêt immédiat de l'hémorrhagie après écoulement de quelques gouttes de sérum plus ou moins teinté en noir par l'hématine ; aucune douleur provoquée ; aucune modification des tissus, sinon un blanchiment léger de la muqueuse.

Le Dr Petit rapporte ensuite quelques observations qui paraissent concluantes. (*France médicale*, 13 novembre.)

TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR LES APPLICATIONS LOCALES D'ESSENCE DE WINTERGREEN

MM. Lannois et Linossier (de Lyon) ont recommandé de traiter le rhumatisme articulaire aigu par des applications locales d'essence de Wintergreen. Cette substance est constituée pour les 9/10e par du salicylate de méthyle.

M. Halipré rapporte dans la *Normandie médicale* les deux cas suivants :

Il s'agit dans la première observation d'un enfant de 13 ans atteint d'une forme classique de fièvre rhumatismale, avec douleurs extrêmement violentes, fluxions articulaires très accusées, se déplaçant pour revenir aux articulations primitivement atteintes ; complications cardiaques. L'affection dura huit jours et la défervescence se fit en deux jours. Guérison. Les articulations ont repris toute leur mobilité. Aucune déformation ne subsiste. Lésion péricardique persistante.

Les applications d'essence de Wintergreen ont réussi à calmer presque immédiatement les douleurs. Les élancements qui, dans les premières heures, avaient une très grande violence, se sont calmés dans les quelques heures qui ont suivi le badigeonnage. Ces badigeonnages ont été faits chaque jour à trois reprises différentes et souvent deux fois au cours de la nuit. Dès que l'enfant éprouvait une légère douleur dans une articulation, un badigeonnage était pratiqué.

Dans le second cas, M. Halipré a fait un seul badigeonnage chez une personne rhumatisante atteinte d'une crise douloureuse assez légère dans les articulations radio-carpiennes. Les douleurs ont cessé après quelques heures et ne se sont point reproduites.

Pratiquement, voilà comment on peut régler l'emploi de l'essence de Wintergreen, d'après MM. Lannois et Linossier : on passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée. On verse directement le médicament (essence de Wintergreen) à l'aide d'un flacon compte-gouttes. On peut aussi badigeonner, mais il faut alors opérer vite, car l'évaporation est très rapide. On

relève la feuille de gutta-percha, on entoure de ouate et on fixe avec une bande. Quand la dose est un peu élevée, pour retenir le liquide qui tend à s'écouler, on peut disposer un petit carré de gaze ou une mince couche de coton hydrophile sur l'articulation. Le seul inconvénient est l'odeur un peu forte.(*Abeille médicale*, 7 novembre.)

SULFATE DE POTASSE DANS LE PSORIASIS

M. Le Dr Lippincott ayant été témoin d'une cure remarquable de sporiasis dans une station hydrominérale de la Virginie, où le Dr Kippax avait envoyé la malade, se demanda la raison de cette cure, il se renseigna sur l'analyse de cette eau et se dit que le sulfate de potasse devait y être pour quelque chose. Pepuis lors il a réussi à guérir quelques cas en administrant *kali sulph. à la* 3 *trit.* xe. deux grains toutes les trois heures. (*The. South. Journal of hom.*)

SYMPTÔME CARACTÉRISTIQUE DU COCAÏNISME

M. Magnan a décrit comme un signe de l'intoxication chronique par la cocaïne une hallucination de la sensibilité générale consistant en une sensation de corps étrangers sous la peau ; ordinairement de corps arrondis comme des grains de sable.

Korsakoff a rapporté le cas d'une femme atteinte de polynévrite qui se plaignait d'une sensation de vers sous la peau. Or, cette femme était traitée en même temps pour une affection utérine au moyen de tampons vaginaux contenant de la cocaïne. La suppression de ces tampons fit disparaître les sensations sous-cutanées. (*Médecine moderne*, 21 novembre.)

DE L'URÉE DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES ET DE LA LITHIASE URINAIRE

Nous avons rapporté dans un de nos précédents numéros les résultats favorables de l'urée dans les cas d'ascite chez les cirrhotiques.

M. Klemperer a employé ce traitement dans 11 nouveaux cas d'ascite d'origine hépatique, dans 7 cas d'épanchement pleurétique, 13 cas de lésions valvulaires du cœur, 17 cas de myocardite chronique et 9 cas de mal de Bright.

L'action de l'urée a été nulle chez les brightiques, mais elle s'est manifestée chez les autres malades avec une fréquence qui a varié suivant le genre de l'affection.

C'est dans l'ascite d'origine hépatique et dans l'épanchement pleurétique que les meilleurs résultats ont été obtenus. Dans quelques-uns de ces cas la quantité des urines a dépassé, sous l'influence de l'urée, 5 litres dans les vingt-quatre heures, et de volumineux épanchements hydropiques ont disparu rapidement. Chez d'autres malades l'augmentation de la diurèse a été insignifiante, fait qui peut être dû soit à une compression trop considérable des reins par l'épanchement, soit à une néphrite concomitante.

Dans les affections du cœur les effets de cette médication ont été très variables. C'est ainsi que, dans quelques cas de troubles intenses de la compensation où les autres diurétiques avaient échoué, l'urée a provoqué l'émission de quantités extrêmement abondantes d'urine et la disparition des œdèmes; mais chez la plupart des cardiaques l'effet diurétique a été modéré et parfois il a même été nul. Cette différence d'action de l'urée dans les cardiopathies s'expliquerait aussi par l'état du filtre rénal, dont l'intégrité

paraît être une condition indispensable du succès de la médication ; aussi M. Klemperer considère-t-il l'existence de l'albuminurie comme une contre-indication à l'emploi de l'urée en qualité de diurétique.

Une autre affection dans laquelle l'urée peut rendre des services, c'est la lithiase rénale, où ce médicament a déjà été employé avec avantage par M. le Dr G. Rosenfeld. (Voir *Semaine médicale*, 1895, p. 316.) En effet, l'urée administrée immédiatement après un accès de colique néphrétique constituerait, d'après des observations de M. Klemperer ayant trait à plus de 40 malades, un excellent moyen pour prévenir l'apparition de nouvelles crises douloureuses, par suite de la propriété qu'elle possède d'empêcher la production de dépôts uratiques. Elle se montrerait également utile contre les douleurs rhumatoïdes dorsales et lombaires des graveleux et des goutteux. (*Semaine médicale*, 25 novembre.)

SUR L'ACTION TOXIQUE DU RABELAISIA PHILIPPINENSIS OU POISON DE FLÈCHE DES NÉGRITOS DE LUZON.

Le professeur Plugge recevait en juin 1894, du Dr Van Eeden, directeur du musée colonial d'Haarlem, un morceau d'écorce de tronc pesant environ 60 grammes et provenant, d'après les indications qui lui étaient fournies, du *Rabelaisia philippinensis* Planchon ou *Lunasia philippinensis* Blanco, plante employée par les Negritos des îles Philippines pour la préparation de leur poison de flèche. Des expériences auxquelles il se livra résulte que l'eau portée à la température du bain-marie épuise complètement l'écorce, pulvérisée, de son principe toxique, tandis

que l'éther de pétrole, le benzol, le chloroforme, l'alcool amylique se montrent inactifs. Le liquide acide obtenu est un violent poison du cœur ; même à doses extrêmement petites, il provoque des mouvements péristaltiques très caractéristiques, auxquels succède l'arrêt en systole parfaite.

Soumis aux divers réactifs, le principe toxique de l'écorce du rabelaisia s'est révélé comme un glucoside, la *rabelaisine*, agissant sur le cœur à la manière de la digitaline, de l'antiarine, etc., par conséquent est une substance appartenant au groupe des digitalines. La rabelaisine est incolore, elle forme des aiguilles cristallines longues et minces, très déliquescentes à l'air. Sa solubilité dans l'eau par rapport aux autres liquides est très importante ; il n'y a que le chloroforme qui l'enlève à la solution aqueuse ; toutefois la solution aqueuse qui a été agitée à 25 reprises différentes avec du chloroforme, est encore très toxique. La rabelaisine est facilement soluble dans l'alcool.

Action physiologique. — La toxicité si considérable de la rabelaisine engagea le professeur Plugge à entreprendre l'étude de la nature de l'action toxique. A la dose de 0 gr. 008 milligrammes elle détermine des symptômes caractéristiques d'intoxication sur le cœur de la grenouille, parmi lesquels s'observent avant tout les mouvements péristaltiques et finalement l'arrêt en systole complète. Tous les autres symptômes sont de nature purement secondaire, c'est-à-dire qu'ils sont une conséquence de l'arrêt du cœur, et non pas dus à une action directe du poison sur les organes ou tissus correspondants. On observe, quelques minutes après l'injection sous-cutanée, l'irrégularité et la diminution de la respiration, des mou-

vements convulsifs caractéristiques de la tête, avec rétraction des globes oculaires ; les muqueuses labiale et buccale sont manifestement pâles et anémiées. Bientôt après, l'animal, qui est généralement immobile dans la position assise, présente les premiers symptômes de la paralysie ; la tête s'abaisse, les pattes antérieures présentent un trouble de la motilité avant que les pattes postérieures soient entreprises. Peu à peu les pattes antérieures se paralysent complètement, tout en conservant la sensibilité, car si on les excite à ce stade de l'intoxication, des mouvements surviennent dans les pattes postérieures seulement. La paralysie s'étend ensuite du centre vers la périphérie, et bientôt les excitations mécaniques les plus énergiques ne déterminent plus aucun mouvement.

Tous ces phénomènes ont pour cause l'arrêt du cœur ; le poison lui-même n'y intervient pas *ou à peine*, comme le démontrent les expériences de contrôle instituées sur des grenouilles non intoxiquées auxquelles on avait ligaturé ou même excisé le cœur.

Autopsie. — Si on fait l'autopsie des animaux immédiatement après la disparition de toute excitabilité réflexe, on trouve toujours le cœur en arrêt, soit de systole soit en demi-systole. Dans ce dernier cas, après l'ouverture du thorax, au moment de l'accès de l'air, le cœur passa bientôt à l'état de systole complète et trancha par sa coloration absolument blanche sur les organes environnants. Les poumons sont toujours légèrement roses, le foie et les veines (ces dernières très distendues) sont très foncés ; les muscles lisses de l'intestin réagissent à la compression avec une pincette, par une contraction localisée énergique, tout comme chez des animaux normaux.

Si l'on décapite ensuite l'animal et qu'on enfonce une aiguille dans la moelle épinière, il n'apparaît le plus souvent aucune trace de mouvement dans les extrémités, quoique l'examen consécutif des nerfs et des muscles (n. sciatique et m. gaotrocnie) à l'aide des courants induits de l'appareil de Du Bois-Raymond, démontrât que ces organes sont encore relativement bien excitables. Si la décapitation et la destruction de la moelle sont faites un peu plus tôt, on voit survenir des contractions plus ou moins énergiques des extrémités.

D'autre part, si l'on applique les courants induits sur les nerfs et les muscles, un peu plus tard, par exemple, après la disparition de toute excitabilité réflexe, on constate que la paralysie a envahi plus ou moins complètement tout les organes périphériques. Il en résulte qu'il s'agit ici d'une paralysie descendante, se propageant dans un sens centrifuge.

L'aspect extérieur des grenouilles empoisonnées n'est pas ou est, à peine modifié, au moment où le cœur s'arrête. L'animal, avec le cœur en arrêt, respire encore et exécute encore des sauts énergiques sous la cloche de verre où il se trouve. Peu à peu seulement se développent, après l'arrêt du cœur, les symptômes d'intoxication mentionnés ci-dessus.

Symptômes de l'intoxication chez les animaux à sang chaud : souris blanche, lapin et cobaye. On observe surtout des convulsions et de la dyspnée considérées comme un effet secondaire de l'action toxique sur le cœur.

Immédiatement après l'injection du poison, l'animal se tient immobile, puis il commence à devenir inquiet, se déplace fréquemment. Les mouvements du thorax et des ailes du nez dénotent une accélération et aussi un début

d'altération de la respiration. Fréquemment il survient de la défécation et de la miction. La dyspnée augmente, l'animal tremble et bientôt éclatent des convulsions énergiques, au milieu desquelles l'animal meurt.

Phénomènes post-mortem. — A l'autopsie pratiquée immédiatement après la mort, on trouve le cœur arrêté en diastole, le ventricule gauche est petit et renferme peu de sang; le ventricule droit est très distendu et rempli d'un sang noirâtre. Les oreillettes étaient remplies modérément de sang et présentaient encore, au premier moment, chez le cobaye, des contractions fibrillaires, mais pas de véritables pulsations. Les artères étaient pâles et complètement vides de sang; les veines (veines caves et veines intestinales) étaient distendues par du sang noir. Les poumons étaient légèrement roses, tandis que le foie possédait une coloration d'un brun rouge foncé. Les muscles lisses de l'estomac et de l'intestin étaient encore très excitables, comme cela résulte des mouvements péristaltiques que présentaient ces derniers, ainsi que de la réaction déterminée sur l'estomac et l'intestin par l'excitation mécanique.

En résumé, ce poison doit prendre place parmi le groupe digitaline et se ranger thérapeutiquement à côté de la *digitaline*, l'*helléboréine* et la *strophantine*; il était donc intéressant de connaître son action et les études auxquelles il a donné lieu. (*Revue internationale de pharmacologie.*)

TABLE DES MATIÈRES

T

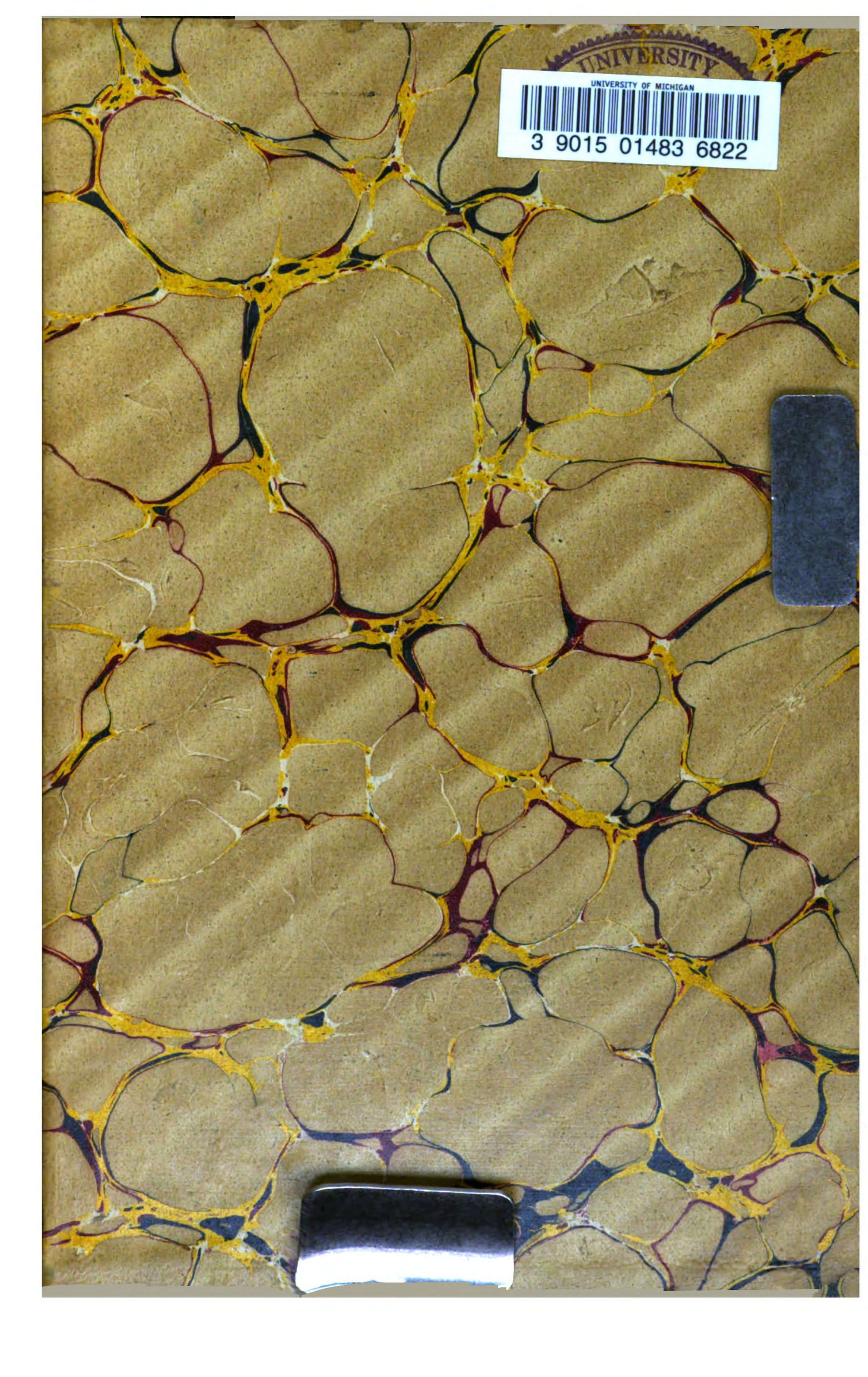
U

V

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*




UNIVERSITY
UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6822

